

Herr Geis stellte sich am 15.06.2021 eigeninitiativ in unserer zentralen Notaufnahme vor. Der Patient berichtet, er habe seit ca. einer Woche erhöhte Temperaturen, sowie Kopf- und Gliederschmerzen. Er gab auch an, etwas Dyspnoe zu haben. Insgesamt fühle er sich schlapp. Diese Beschwerden hätten im Verlauf zugenommen, so dass er sich nun ärztlich vorstellen wollte. Pektanginöse Beschwerden verneinte er. Bei tiefer Inspiration habe er gelegentlich links thorakal ein stechendes Gefühl. Zudem beklagte er Husten, aktuell ohne produktiven Auswurf. Seit Beginn der Beschwerden habe er zu Hause mehrere Corona-Antigen-Schnelltests gemacht, diese seien alle negativ gewesen. Er habe sich auch in einem Testzentrum für einen Antigen-Schnelltest am 10.06.2021 vorgestellt. Dieser war ebenfalls negativ. Stuhlgang und Miktio seien unauffällig. Nachträglich berichtete der Patient im Wald häufiger Holz zu machen, dabei habe er auch Kontakt zu Mäusekot gehabt. Vom Hausarzt wurde eine Serologie auf Hanta-Virus abgenommen. Die Ergebnisse lagen zum Aufnahmezeitpunkt noch nicht vor. Die stationäre Aufnahme von Herrn Geis erfolgte initial auf unsere Isolationsstation. Der PCR-Test vom 15.06.2021 erwies sich als negativ, so dass wir den Patienten wieder endisoliert konnten. Laborchemisch zeigte sich bei Aufnahme ein leicht erhöhtes CRP bei noch normwertigen Leukozyten. Aufgrund der Immobilisation in der letzten Zeit, sowie dem Auffälligen EKG-Befund und erniedrigten PCO₂ in der Blutgasanalyse bestimmten wir bei V. a. eine Lungenarterienthrombose die D-Dimere. Diese lagen bei 2,97 mg/l. Die Verdachtsdiagnose konnte mittels einer CT-Untersuchung bestätigt werden. Hierbei zeigte sich eine periphere Lungenarterienembolie des linken Unterlappens. Nach Aufklärung des Patienten begannen wir eine Antikoagulationstherapie initial mit Enoxaparin, im Verlauf stellten wir diese auf eine orale Antikoagulation mit Apixaban um. Diese sollte für insgesamt 6 Monate fortgeführt werden. Danach empfehlen wir nach dem Absetzen eine Vorstellung in der gerinnungsphysiologischen Ambulanz der Uniklinik Würzburg. Sonographisch bestanden keine Hinweise auf eine tiefe Beinvenenthrombose. Im Verlauf kontaktierte uns der Hausarzt des Patienten, dass eine Hanta-Virus-Infektion sich serologisch bestätigt hatte. Wir empfehlen auch weiterhin körperliche Schonung und auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu achten. Insbesondere da es bei Hanta-Virusinfektionen auch zu einer polyurischen Phase kommen kann wurde dem Patienten empfohlen gegebenenfalls ein Ein-und-Ausfahrprotokoll zu führen. Bei Verschlechterung der Beschwerden oder Auffälligkeiten im Heilverlauf kann eine Wiedervorstellung jederzeit gerne erfolgen.

Wir nahmen Frau Djordjevic wegen Exazerbation der bekannten COPD stationär auf. Laborchemisch fiel nebenbefundlich ein erhöhtes Kalium von 7,4 mmol/l auf. Die Hyperkaliämie führten wir auf die Medikation mit HCT und den enormen Konsum von Zitronen (1 kg/48h) zurück. Wir nahmen Frau Djordjevic zunächst auf unsere Intensivstation auf. Unter einer Therapie mit Resonium und Inhalationen mit Salbutamol und Atrovent und Absetzen von HCT besserte sich die Hyperkaliämie. Bezüglich der exazerbierten COPD erhielt die Patientin eine Prednisolon-Stoßtherapie, Physiotherapie, Inhalationen sowie intermittierend NIV-Therapie. Einen Hinweis auf einen Infekt ergab sich bei Aufnahme nicht. Schließlich wurde jedoch die NIV-Beatmung von der Patientin abgelehnt. Da die Dyspnoe sich insgesamt gebessert zeigte, verlegten wir Fr. Djordjevic auf Normalstation. Bei der vorliegenden Anämie wurde die Durchführung einer Gastro- und Coloskopie zur Abklärung einer Blutungsursache diskutiert. Aktuell entschieden wir uns aber gemeinsam mit der Patientin wegen ihrer eingeschränkten respiratorischen Situation dagegen. Blutungszeichen boten sich bei neg. Hämokult und fehlender Anamnese keine. Es fiel ein Eisenmangel auf, daher empfehlen wir eine Substitution mit Eisen. Nach Stabilisierung raten wir jedoch dringlich zur weiteren endoskopischen Abklärung.

--Frau Djordjevic wurde uns hausärztlicherseits wegen des Bilds einer rechtsführenden kardialen Dekompensation eingewiesen. Die Patientin berichtete über seit 3 Tagen zunehmende Luftnot und könne deshalb nicht mehr flach liegen. Zudem seien beidseits zunehmende Beinschwellungen aufgefallen. Fieber, Schüttelfrost und Husten mit Auswurf werden von der Patientin verneint. Eine COPD GOLD D war bekannt. Aufgrund dessen war die Patientin zuletzt vor ca. 4 Wochen aufgrund einer akuten Exazerbation zur stationären Behandlung. Hier war unter anderem auch eine mikrozytäre hypochrome Eisenmangelanämie festgestellt worden. Aufgrund der eingeschränkten respiratorischen Situation sowie bei chronischer Rechtsherzinsuffizienz hatte man nach Rücksprache mit der Patientin auf eine weitere diagnostische Abklärung verzichtet.

Zudem bestand eine Adipositas permagna sowie ein Schlafapnoesyndrom. Die Patientin gab an, sie verfüge über eine Sauerstoffheimtherapie über Nasenbrille. Frau Djordjevic versicherte uns zudem, sie habe seit dem letzten stationären Aufenthalt aufgrund der exazerbierten COPD das Rauchen aufgegeben.

Bei der Aufnahme bestanden keine aktiven Blutungszeichen und kein Fieber. Die stationäre Aufnahme von Frau Djordjevic erfolgte bei einer respiratorischen Globalinsuffizienz multifaktorieller Genese. Klinisch zeigte sich das Bild einer exazerbierten COPD mit rechtsführender kardialer Dekompensation und Obesitas-Hypoventilationssyndrom. Laborchemisch fiel keine Entzündungskonstellation auf. In der kapillären BGA ergab sich eine global respiratorische Insuffizienz mit einem pCO₂ von 73 mmHg und ein pH-Wert von 7,28. Im Röntgen-Thorax waren Verdichtungen perihilär wie bei einer Lungenstauung zu sehen. Wir leiteten aufgrund dessen eine Rekompensationstherapie mittels Lasix i. v. ein. Zudem wurde aufgrund der exazerbierten COPD eine Inhalationstherapie mit Salbutamol und Atrovent sowie eine Therapie mit Prednisolon über 3 Tage durchgeführt.

Hierunter besserte sich die respiratorische Lage nur zögerlich. Aufgrund von Trinkmengen-Incompliance konnten wir trotz guter Diurese eine Gewichtsreduktion von nur ca. 3 kg erzielen. Bei der kapillären BGA zeigte sich eine deutliche Hyperkapnie. Der pCO₂ bewegte sich regelmäßig zwischen 70 und 80 mmHg ohne eine relevante respiratorische Azidose. Diese war unter der konservativen Therapie nur leicht beeinflussbar.

Im Rahmen der Anämieabklärung veranlassten wir eine Magen- und Darmspiegelung. Dabei wurde eine große axiale Hiatushernie mit blutigem Schatzki-Ring und abgeheilten Cameron-Läsionen als Ursache für die Eisenmangelanämie festgestellt. Nach Gabe von 500 mg Eisen i. v. sowie einer Blutkonserve zeigte sich der Hb-Wert stabil.

Eine im Rahmen der bekannten chron. Niereninsuffizienz festgestellten Hyperkaliämie wurde mit Resonium behandelt.

Zur Optimierung der respiratorischen Lage hielten wir Rücksprache mit unseren Kollegen des Thoraxzentrum Münsterstadt und vereinbarten einen Termin zur Anpassung einer CPAP-Maske für Montag, den 02.11.2020.

Exazerbierte COPD Stadium IV nach Gold

Akute prärenale Nierenschädigung (AKIN I) bei Exsikkose

Hyperglykäm entgleister Diabetes mellitus Typ 2

Nachweis von Aktinomyces neuui in der Blutkultur

Nachweis eines LAA Thrombus

Chronische respiratorische ventilatorische und hypoxämische Insuffizienz bei

- Obesitas Hypoventilationssyndrom
- Schlafapnoe-Syndrom
- Heimsauerstofftherapie mit 3L O₂ + nächtliche BIPAP

Frau Djordjevic wurde vom Hausarzt eingewiesen aufgrund einer exazerbierten COPD. Sie sei bis einschließlich 23.04.2021 in Münsterstadt zur Anpassung einer COPD-Maske gewesen. Der Fahrer, der sie an von dort nach Hause gefahren habe, sei später positiv auf SARS-CoV-2 getestet worden. Der Hausarzt habe deshalb bei ihr einen Schnelltest veranlasst, dieser sei negativ ausgefallen. Aktuell berichtet sie über seit zwei Tagen bestehende Luftnot sowie Husten und Fieber.

Die stationäre Aufnahme von Frau Djordjevic erfolgte bei einer infektexazerbierten COPD. Als Kontaktperson der Kategorie 1 bezüglich SARS-CoV-2 wurde sie auf unsere Isolierstation aufgenommen.

Frau Djordjevic erhielt eine Prednisolon-Stoßtherapie über fünf Tage. Supportiv führten wir Physiotherapie mit Atemgymnastik durch. Ein PCR Test auf SARS CoV 2 zwei Tage nach Aufnahme war schließlich positiv und die respiratorische Situation verschlechterte sich. In Anbetracht der schweren pulmonalen Vorerkrankung besprachen wir mit der Patientin ausführlich die kritische Situation und einigten uns auf ein konservatives Vorgehen. Sie erhielt Dexamethason 6 mg für zehn Tage. Wir erweiterten ihre inhalative Therapie mit Salbutamol und Atrovent. Die bestehende nächtliche BIPAP Therapie wurde, soweit es die Patientin tolerierte, fortgeführt. Bei steigenden Infektparametern und anhaltend Fieber lag eine bakterielle Superinfektion nahe, daher begannen wir eine kalkulierte antibiotische Therapie mit Ceftriaxon und Clarithromycin. In den Blutkulturen konnte man einen Aktinomyces neuui nachweisen und die Therapie wurde nach Empfehlung des mikrobiologischen Labors auf Piperacillin/Tazobactam umgestellt. Frau Djordjevic entfieberte und die respiratorische Lage stabilisierte sich. Laborchemisch fiel außerdem eine akute Nierenschädigung auf. Diese führten wir auf eine Exsikkose im Rahmen des Infektes zurück und

pausierten vorübergehend die diuretische Therapie. Im Verlauf waren die Nierenretentionsparameter rückläufig. Der PCR-Test vom 16.05.2021 war negativ, sodass das Gesundheitsamt Frau Djordjevic aus der Quarantäne entließ.

Zur weiteren Fokussuche des Aktinomyces-Keims führten wir eine Sonographie des Abdomens durch, wo zwar eine Steatosis hepatis und Nierenzysten rechts auffielen, aber man keine Abszesse darstellen konnte. Bei Adipositas permagna war die Beurteilbarkeit jedoch deutlich eingeschränkt. In einer TEE konnte eine Endokarditis ausgeschlossen werden. Da die Patientin berichtete, in letzter Zeit Schwierigkeiten mit ihrer Gebiss-Prothese zu haben, empfehlen wir dringend eine zahnärztliche Vorstellung. In Kontroll-Blutkulturen nach intravenöser Antibiotikatherapie konnte der Keim nicht mehr nachgewiesen werden. Wir deeskalierten die antibiotische Therapie und stellten auf eine orale Therapie mit Amoxicillin 1g 3xtgl für 7d um. Nebenbefundlich fiel in der transösophagealen Echokardiographie ein Thrombus im linken Vorhof auf, weshalb wir eine orale Antikoagulation mit Eliquis begannen. Es sollte eine TEE Kontrolle in 6-8 Wochen erfolgen. Termine hierzu können in unserem Sekretariat vereinbart werden (09352 505 1402)

Bei erhöhten Blutzuckerwerten während des stationären Aufenthaltes und einem HbA1c von 8,1 % begannen wir eine orale antidiabetische Therapie mit Sitagliptin. Frau Djordjevic erhielt Kohlenhydrat- und fettreduzierte Kost. Hierunter war ihr Blutzucker in einem zufriedenstellenden Bereich.

Eine Beendigung des Nikotinmissbrauchs ist dringen empfohlen und wurde mit der Patientin mehrfach besprochen.

-Die Vorstellung erfolgt als Einweisung in unsere Notaufnahme durch den Hausarzt bei V. a. pankreopriven Diabetes mellitus mit BZ über 500 mg/dl (nicht messbar). Bei der Patientin ist bisher kein Diabetes mellitus bekannt. 2014 wurde aber eine exokrine Pankreasinsuffizienz mit Maldigestion und Diarrhoe, Untergewicht diagnostiziert (bei Z. n. chronischem Alkoholabusus). Das Pankreas zeigte sich in der Sonographie atrophisch.

Die Patientin berichtet bei der Aufnahme aktuell über ein Gefühl des Erschöpftseins und vermehrter Müdigkeit seit 14 Tagen. In den letzten Tagen habe sie auch sehr viel Durst gehabt und sehr viel Wasser lassen müssen. Der Appetit sei vermindert und das Sehen in letzter Zeit leicht trüb. Der Stuhlgang sei aktuell ohne Kreoneinnahme unauffällig.

Häusliche Medikation: Calcium- und Eiweißpulvereinnahme morgens, Pregabalin 200 mg 1-1-1, Vitamin B komplex 1-0-1, Mirtazapin 15 mg 0-0-½, Tilidin 100/8 mg 1-0-1. Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen einer Hyperglykämie von 957 mg/dl, Erstdiagnose eines Diabetes mellitus.

Bei bekanntem sonographisch atrophischen Pankreas und exokriner Pankreasinsuffizienz mit Maldigestion, Diarrhoe und Untergewicht 10/2014 sowie Z. n. chronischem Alkoholabusus gingen wir am ehesten von einem Typ 3-Diabetes aus. Die Antikörperdiagnostik fiel aktuell negativ aus (GAD-Ak, Inselzell-Ak und Insulin-Ak), das C-Peptid lag bei nur 0,7 µg/l. Der HbA1c-Wert lag initial bei 12,3 %.

Die Patientin wurde mit einer intensivierten Insulintherapie nach BE-Faktoren mit Lantus und Actrapid eingestellt. Die Untersuchung der Blutfettwerte ergab eine leichte Hypercholesterinämie mit einem LDL-Wert von 134 mg/dl, weshalb wir Atorvastatin in niedriger Dosis verordneten. Die Langzeit-Blutdruck-Messung fiel unauffällig aus.

Die Einstellung der Patientin mit Insulin gestaltete sich schwierig, da bei ihr nach eigenen Angaben eine Essstörung vorliegt. Das Krankenhaus-Essen lehnte sie oftmals ab, ließ sich anderes Essen mitbringen. Manche Mahlzeiten ließ sie ausfallen, an anderen aß sie sehr viel Mitgebrachtes.

Stationäre Einweisung durch den Hausarzt wegen massiv superinfizierter Ulcera crurum bds. und Anorexie. Nach Auskunft des Hausarztes bestehen eine Anorexie und eine exokrine Pankreasinsuffizienz mit Mangelerscheinungen. Die Aufnahme der Patientin in eine Fachklinik für Essstörungen wurde von den angefragten Kliniken abgelehnt.

Z.n. Gastroskopie und Coloskopie am 03.09.2014 (Dr. Perkuhn, Lohr) (Dg.: Abklingende unspezifische (wahrscheinlich mikrobiell bedingte) Colitis, Ausschluß chronisch-entzündliche Darmerkrankung, H.p.-negative chronische Typ C-Gastritis, äthyltoxische Leberzirrhose)

Bei der Aufnahme wird berichtet, es bestehe eine Alkoholabhängigkeit. Seit einigen Wochen (10) sei die Patientin jetzt aber trocken. Außerdem bestehen Durchfälle.

Frau Bruce-Mann erzählt, sie sei vor 12 Jahren übergewichtig gewesen (ca. 70 kg bei 156 cm Körpergröße) und habe dann unbedingt abnehmen wollen, um schönere Kleidung tragen zu können. Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen multipler Mangelerscheinungen und Untergewicht bei Maldigestion im Rahmen einer exokrinen Pankreasinsuffizienz (bei Z.n. chronischem Alkoholabusus).

Die Blutuntersuchung zeigte einen Eiweißmangel (3,6 g/dl), weshalb wir der Patientin zur Nahrungsergänzung Eiweißpulver 3x täglich gaben.

Wegen des deutlichen Untergewichtes mit BMI 15,9 kg/m² erhielt Frau Bruce-Mann außerdem 4x täglich Fresubin p.o. zusätzlich zur Vollkost (, von der nur kleine Mengen gegessen wurden).

Die Problematik des Untergewichtes war der Patientin durchaus bewußt und sie nahm die Fresubingaben dankbar an. Sie gab an, Lust auf das Essen zu haben, sei aber bereits nach kleinen Portionen satt.

Die Durchfälle besserten sich in Konsistenz und Frequenz durch die regelmäßige perorale Pankreatinsubstitution.

Wegen der entzündlichen Hautveränderungen an den Unterschenkeln strebten wir eine dermatologische Vorstellung der Patientin an. Da sie aber berichtete, vor 3 Monaten bereits in Würzburg beim Hautarzt gewesen zu sein, erfragten wir telefonisch den Befund bei dem Dermatologen Dr. Matthias Burger, Höchberg. Er sagte, es bestehe der Verdacht auf Pellagra (Nicotinsäuremangel) und Zinkmangel. Sein Vorschlag ist, eine Hautprobe vom Exanthem zu entnehmen, um die Diagnose zu sichern. Die letzte Vorstellung bei ihm war am 17.07.2014.

Wir entließen Frau Bruce-Mann am 17.10.2014 in stabilem Allgemeinzustand in Ihre weitere hausärztliche Behandlung. Entlassungsgewicht: 37,8 kg (bei Aufnahme 36,3 kg, bei anamnestisch 154 cm Körpergröße). die Substitution von Vitamin B 3 (Nicotinsäureamid), Vitamin B 6, Zink und Eiweiß

Herr Sendelbach wird uns mit dem Rettungsdienst in Begleitung des Notarztes gebracht, da er in der Nacht um 02:00 Uhr mit Herzrasen, Dyspnoe und Druck auf der Brust sowie Schweißausbrüchen aufgewacht ist. Bei dem Patienten ist eine Koronare 3-Gefäß-Erkrankung bekannt. Die letzte Koro ist im Januar 2018 im Krankenhaus Lohr am Main durchgeführt worden. Selbstlimitierende ventrikuläre Tachykardien sind in der Vorgeschichte beschrieben.

Bei Verdacht auf ACS hat der Patient vom Notarzt ASS und Heparin bekommen, sowie initial 10 mg Metoprolol, initial in unserer Notaufnahme zusätzlich noch 5 mg Metoprolol i.v.

Im November 2017 wurde bei dem Patienten ein Schrittmacher implantiert bei einem AV-Block II. Grades vom Typ Mobitz.

Bei der Aufnahme kein Fieber und keine Infektsymptomatik. Die stationäre Aufnahme von Herrn Sendelbach erfolgte bei hämodynamisch stabiler anhaltender ventrikulärer Tachykardie.

Laborchemisch lagen die Elektrolyte im Normbereich. Echokardiographisch zeigten sich Hypokinesien posterobasal und inferior. Die Schrittmacherabfrage bestätigte die bereits bei der Aufnahme aufgefallene VT. Bei einem relevanten Troponinanstieg innerhalb von drei Stunden wurde eine Herzkatheteruntersuchung zum Ausschluss einer ischämischen Genese der VT veranlasst. Dies zeigte jedoch im Vergleich zum Vorbefund keinen Progress der bestehenden KHK.

Nach Rücksprache mit Herrn OA Dr. Halbfäß von der Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt konnten wir Herrn Sendelbach am 04.09.2018 zu einer geplanten Katheterablation nach BadNeustadt verlegen.

Wir bedanken uns für die prompte Übernahme.

Die stationäre Aufnahme der Patientin erfolgte aufgrund eines fieberhaften Infekts. Die Patientin wurde initial beim V.a. Covid 19 Infektion isoliert, welche bei Vorliegen eines negativen PCR-Tests nicht nachweisbar war. Laborchemisch fiel, passend zu klinischem Bild, erhöhte Entzündungswerte auf. Wir begannen bei einer Tonsillitis eine kalkulierte antibiotische Therapie mit Ampicillin/Sulbactam und eine Flüssigkeitssubstitution. Die Hybernatriämie war als Folge ausgeglichen.

Die beidseitige Schwellungen am Hals zeigte sich unter Antibiosetherapie rasch rückläufig. Sonographisch sahen wir vergrößerte submandibuläre Lymphknoten rechts > links. Wir gehen bei der gesamten Konstellation von einer Tonsillitis mit vergrößerten Lymphknoten.

Das Aufnahme-EKG zeigte ein normofrequentes Sinusrhythmus sodass die Indikation für die Digitoxintherapie nicht bestünde und die Therapie komplikationslos beendet wurde. Es kam im stationären Verlauf zu einem unerklärbaren Hb-Abfall ohne Hinweise auf aktive Blutung. Auf Wunsch der Familie und Betreuerin wurde auf intensivste Diagnostik aufgrund des hohen Alters verzichtet. Nach der Transfusion einer Erythrozytenkonzentrat stieg den Hb-Wert auf 9.5 mg/dl und blieb stabil. Diagnostik erfolgte die Zustimmung des Eisenspiegels sowie die Folsäure und Vit.B12-Spiegel. Zum Zeitpunkt der Entlassung waren die Befunde noch ausstehend

Die Patientin wurde uns um 03:30 Uhr von Pflegeheim St.Martin ins Klinikum Main-Spessart Lohr eingeliefert. Wegen vorbekannten Demenz war die Eigenanamnese nicht möglich. Sie leide seit 30 Minuten unter massivste Dyspnoe nach Angaben des Pflegepersonals des Heims, wo sie aktuell seit 10 Tagen sich befinde. Die Patientin wurde zu Hause durch die bevollmächtigte Nichte Fr. Beutner (01717100195) sonst versorgt. Bei der Aufnahme fiel eine beidseitige überwärmte Schwellung am Hals auf. Die Beschwerden waren mit einem Fieber vom 38,5° C begleitet. Laut der Nichte seien diese nicht bekannt. Frau Waschinger sei bisher gegen Covid 19 nicht geimpft. Die stationäre Aufnahme der Patientin erfolgte aufgrund eines fieberhaften Infekts. Die Patientin wurde initial beim V.a. Covid 19 Infektion isoliert, welche bei Vorliegen eines negativen PCR-Tests nicht nachweisbar war. Laborchemisch fiel, passend zu klinischem Bild, erhöhte Entzündungswerte auf. Wir begannen bei einer Tonsillitis eine kalkulierte antibiotische Therapie mit Ampicillin/Sulbactam und eine Flüssigkeitssubstitution. Die Hypernatriämie war als Folge ausgeglichen.

Die beidseitige Schwellungen am Hals zeigte sich unter Antibiosetherapie rasch rückläufig. Sonographisch ...

Das Aufnahme-EKG zeigte ein normofrequentes Sinusrhythmus sodass die Indikation für die Digitoxintherapie nicht bestünde und die Therapie komplikationslos beendet wurde. Es kam im stationären Verlauf zu einem unerklärbaren Hb-Abfall ohne Hinweise auf aktive Blutung. Auf Wunsch der Familie und Betreuerin wurde auf intensivste Diagnostik aufgrund des hohen Alters verzichtet. Nach der Transfusion einer Erythrozytenkonzentrat stieg den Hb-Wert auf 9.5 mg/dl und blieb stabil. Diagnostik erfolgte die Zustimmung des Eisenspiegels sowie die Folsäure und Vit.B12-Spiegel. Zum Zeitpunkt der Entlassung waren die Befunde noch ausstehend.

Herr Winter wurde von Dr. Langmann eingewiesen aufgrund dem Verdacht auf eine Abszedierung bei bekanntem Morbus Crohn. Er habe seit circa 2 bis 3 Wochen Schmerzen im Epigastrium und rechten Unterbauch. Durchfall, Übelkeit oder Erbrechen werden verneint. Seit gestern seien die Schmerzen schlimmer geworden und er habe subfebrile und febrile Temperaturen bemerkt. Deshalb sei er heute zu Professor Langmann gegangen. Dort sei in der Sonographie eine Wandverdickung des Ileums aufgefallen, sowie der Verdacht auf einen Abszess gestellt worden. Der Morbus Crohn sei bereits seit 11 Jahren bekannt. Er habe seit Diagnosestellung etwa 3 Schübe des Morbus Crohn gehabt. Er habe schon verschiedene Therapien, unter anderem mit Infliximab erhalten. Die stationäre Aufnahme von Herr Winter erfolgte bei einem akuten Schub des bekannten Morbus Crohn. Laborchemisch fielen erhöhte Entzündungswerte auf. Nach der Abnahme von Blutkulturen begannen wir mit einer kalkulierten, antibiotischen Therapie mit Cefuroxim und Metronidazol. In der Abdomensonographie sah man eine Wandverdickung im Bereich des präterminalen Ileum mit Abszessbildung. Wir leiteten zusätzlich zur antibiotischen Therapie eine Prednisolontherapie ein.

In einem MR Sellink bestätigte sich das Bild eines akuten Morbus Crohn-Schubs mit Abszessbildung. Zur weiteren Abklärung führten wir eine Gastro- und Koloskopie durch. Hier zeigte sich das Bild einer Ileitis terminalis mit akuten und chron. narbigen Komponenten in Form von aktuell nicht passierbarer Ileumstenose.

Im Verlauf besserte sich die Symptomatik von Herrn Winter deutlich. Laborchemisch konnte eine Regredienz der Entzündungsparameter verzeichnet werden. Ebenso konnte sonographisch im Vergleich zu Vorbefunden eher einen Rücklauf der Entzündungsprozess festgestellt werden. Die Prednisolontherapie sollte im Verlauf reduziert werden (siehe Schema unten). Die antibiotische Therapie konnte auf eine orale Medikation mit Ciprofloxacin und Metronidazol umgestellt werden.

Diese sollte bis zu einer MRT-Kontrolle fortgesetzt werden. Diese vereinbarten wir für den 02.07.2021, um 09 Uhr in der radiologischen Praxis Dr. Müller in Lohr. Zudem empfehlen wir nach der Abheilung des Abszesses die erneute Einleitung einer Antikörpertherapie, beispielsweise mit Ustekinumab.

Herr Köberlein stellte sich am 14.04.2021 mit Einweisung des KV-Arztes bei hypertensiver Entgleisung in unserer Notaufnahme vor. Der Patient berichtet sich am Aufnahmetag unwohl gefühlt zu haben. Er hätte ein pochendes Körpergefühl gehabt, pektanginöse Beschwerden, Dyspnoe und Kopfschmerz bestünden nicht. Als er den Blutdruck habe messen wollen, konnte sein Gerät zu Hause diesen nicht anzeigen. Er stellte sich daraufhin beim KV-Arzt vor. Dort wurde der Blutdruck manuell mit 260/150 mmHg gemessen. Er bekam noch vom KV-Arzt 1 Phiole Bayotensin.

In der Vorwoche am Dienstag, den 06.04.2021 habe er eine Augenoperation (Linsen-OP wegen Fehlsichtigkeit) gehabt. Dort waren auch schon hypertensive Blutdruckwerte von 250 mmHg systolisch aufgefallen. Bisher sei die arterielle Hypertonie noch nicht medikamentös vorbehandelt. Weitere Vorerkrankungen bestünden keine, außer einer Hüft-TEP links. Die stationäre Aufnahme von Herrn Köberlein erfolgte bei hypertensiver Entgleisung. Echokardiographisch zeigte sich ausgeprägtes Cor hypertonicum mit hochgradiger konzentrischer Linksherzhypertrophie bei guter linksventrikulärer systolischer Funktion. Wir begannen initial eine antihypertensive Behandlung mit Ramipril und Lercanidipin, sowie Nitrolingual und Bayotensin als Bedarfsmedikation. Hierunter ließ sich leider keine zufriedenstellende Blutdruckeinstellung erzielen, sodass wir zum Einen die medikamentöse Therapie erweiterten, sowie zum Anderen bei Verdacht auf eine sekundäre Hypertonie weitere diagnostische Schritte einleiteten. Sonographisch bestand der Hinweis auf eine Nierenarterienstenose, welche sich weder in der erfolgten CT-Diagnostik, noch in der, bei Verdacht auf eine fibromuskuläre Dysplasie, durchgeführten MR-Angiographie bestätigte. Laborchemisch zeigte sich ein mit 59,6 erhöhter Aldosteron/Renin-Quotient, sodass von einem normokaliämischen primären Hyperaldosteronismus auszugehen war. Zur Bestätigung der Verdachtsdiagnose empfehlen wir einen Kochsalzbelastungstest durchzuführen. Hierfür ist allerdings eine Pausierung der Mineral-Kortikoidrezeptor-Antagonisten von 6 Wochen notwendig, sowie eine Pausierung der ACE-Hemmer von 2 Wochen um ein verfälschtes Testergebnis zu vermeiden. Der Kochsalzbelastungstest kann bei uns erfolgen. Hierfür wäre eine prästationäre Einweisung notwendig.

Trotz der anhaltend hohen Blutdruckwerte gab Herr Köberlein keine weiteren Beschwerden an. Mit dem Patienten wurde seinem Wunsch entsprechend vereinbart ihn am 21.04.2021 zu entlassen und in 6 Wochen die weitere Diagnostik anzugehen.

Am 21.04.2021 konnten wir Herrn Köberlein in stabilem Allgemeinzustand nach Hause entlassen. Herr Köberlein stellte sich geplant zur Durchführung eines Kochsalzbelastungstestes bei Verdacht auf das Vorliegen eines normokaliämischen primären Hyperaldosteronismus. Entsprechend der Empfehlung des Entlassbriefes vom vorangegangenen Krankenhausaufenthaltes wurde Eplerenon 6 Wochen zuvor pausiert. Ramipril wurde seit dem 24.05.2021 pausiert. Die Blutdruckwerte seien nach Entlassung am 21.04.2021 noch im Bereich von 160 mmHg systolisch gewesen. Daraufhin wurde die antihypertensive Therapie um Urapidil Ret. Kaps. 90 mg 1-0-1 erweitert. Hierunter ließ sich laut Patienten eine gute Blutdrucksenkung erzielen (Werte um 120 mmHg), leider wurde aufgrund eines Lieferengpasses diese Medikation nicht fortgeführt. In der Folgezeit lagen die Werte wieder um 160 mmHg systolisch.

Medikation bei Aufnahme:

Ramipril 5 mg 1-0-1 (pausiert seit 24.05.2021), HCT 25 mg 0-2-0, Nitrendipin 5 mg Phiole bei Bedarf, Dihydrizalin 33,1 mg 1-0-1, Verapamil 240 mg 1-0-1, Doxazosin 8 mg 0-0-0-1

Status:

Patient in gutem Allgemeinzustand und adipösem Ernährungszustand, wach, orientiert. Keine peripheren Ödeme. Stuhlgang und Miktio: o. p. B.. Pulmo: vesikuläres Atemgeräusch beidseits. Cor: rein, rhythmisch, normofrequent. Abdomen: weich, kein Druckschmerz, keine Abwehrspannung, Darmgeräusche regelrecht. Leber und Milz nicht palpabel. Kein Wirbelsäulenklumpfschmerz. Obere und untere Extremitäten frei beweglich. Neurologisch kein fokales Defizit.

Epikrise:

Wir führten wie geplant den Kochsalzbelastungstest durch. Der Patient gab während dieser Zeit keinerlei Beschwerden an. Die Ergebnisse des Tests werden dann nachberichtet. Eine weitere Pausierung der Medikamente ist vorerst nicht notwendig

Die stationäre Aufnahme der 59-jährigen Patientin erfolgte wegen Erbrechen und epigastrischer Schmerzen.

Laborchemisch waren vor allem eine Leukozytose, ein erhöhter CRP-Wert und eine Hypokaliämie auffällig. Zum Ausgleich der Hypokaliämie wurde passager Kalium substituiert. Nebenbefundlich waren im Labor erhöhte Nierenretentionswerte, i. S. eines akuten Nierenversagen durch die nebenbefundliche Exsikkose festzustellen. Diese normalisierten sich nach parenteraler Flüssigkeitsgabe. Die Ergebnisse der Stuhlkulturen blieben negativ.

Mittels der Ösophagogastroduodenoskopie konnte ebenso kein wegweisender Befund nachgewiesen werden. Die Koloskopie war bis auf reizlose Sigmadivertikulose unauffällig. Histologisch ließ sich leichtgradige chemische Gastritis nachweisen.

Im Rahmen weiterer Diagnostik wurde unsererseits eine kontrastmittelgestützte Computertomographie des Abdomens veranlasst, auch hier konnte kein relevanter Befund festgestellt werden. Bei der vorbeschriebenen Hyperthyreose erfolgte vor und nach der Untersuchung die Gabe von Natriumperchlorat. Wir bitten um Fortführung der Gabe bis zum einschließlich 03.10.2020. Außerdem wurde die medikamentöse Therapie der Hyperthyreose angepasst. Wir empfehlen die zeitnahe Kontrolle von TSH und der Endhormone.

Durch die eingeleiteten Maßnahmen im Sinne einer intravenösen Flüssigkeitssubstitution besserte sich der Zustand der Patientin. Die Entzündungswerte waren im Verlauf spontan rückläufig. Zusammenfassend war es von einer akuten Gastroenteritis auszugehen.

Am 30.09.2020 wurde Frau Sattler in stabilem Allgemeinzustand in die weitere ambulante Betreuung entlassen.

Exacerbation der COPD Stadium GOLD IV

- Heimsauerstofftherapie mit 2,5 bis 3,0 l/min.
- Früherer Nikotinabusus, ca. 60 py bis 2004
- Weiterhin Ablehnung einer indizierten NIV-Therapie 09/2018

v. a. diabetische Gastroparese und

Verringerung der Magen-Darm-Motilität als anticholinerge Nebenwirkung von Doxepin

- Inappetenz und rezidivierendes Erbrechen, aktuell gebessert
- Gastroskopie am 17.09.2018 unauffällig (Missionsärztliche Klinik Würzburg)
- CT Abdomen am 20.09.2018 diesbezüglich unauffällig (Missionsärztliche Klinik

Würzburg)

Vorbestehende Depression, aktuell nicht dekomponiert

- Psychiatrisches Konsil am 31.10.2018

Hypotoner Kollaps bei Exsikkose am 26.10.2018

Harnwegsinfektion (*Klebsiella pneumoniae*)

Chronische Niereninsuffizienz

Chronische CRP-Erhöhung

Die Patientin war vom 30.09.-09.10.2018 im Uniklinikum Würzburg stationär wegen Appetitlosigkeit und rezidivierendem Erbrechen. Dort wurde eine Gastroparese festgestellt. Heute morgen sei sie zuhause zusammengebrochen bei niedrigem Blutdruck. Fieber und Schüttelfrost werden verneint. Die Blutdrucktablette habe sie wegen niedriger Blutdruckwerte bereits selbst pausiert. Bis 05/2017 habe sie 158 kg gewogen. In den letzten 4 - 5 Wochen habe sie 18 kg wegen Appetitlosigkeit und Regurgitation nach dem Essen und Trinken verloren. Der Appetit sei bereits seit Mitte 08/2018 schlecht. Zunächst sei sie deswegen in der Missionsärztlichen Klinik in Würzburg stationär gewesen, wo eine Magenspiegelung und CT-Abdomen-Untersuchung erfolgten, anschließend in der Uniklinik....Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen eines hypotonen Kollapses, am ehesten aufgrund von Exsikkose bei persistierendem Erbrechen und Inappetenz.

Nebenbefundlich diagnostizierten wir eine Harnwegsinfektion (und fraglich eine beginnende Pneumonie links basal) und behandelten diese antibiogrammgerecht mit Ceftriaxon i.v. vom 26.-31.10.2018. Die Leukozytenzahl normalisierte sich darunter, eine CRP-Erhöhung blieb bestehen. Hier ließ sich anamnestisch jedoch eruieren, dass eine chronische CRP-Erhöhung bekannt ist. So war auch der von der Hausärztin zu erfahrene letzte CRP-Kontrollwert erhöht (siehe Anamnese).

Durch ein psychiatrisches Konsil schlossen wir eine Aggravierung der vorbekannten Depression als Ursache der Erbrechenssymptomatik aus. Von psychiatrischer Seite wurde jedoch darauf aufmerksam gemacht, dass das Doxepin in der zur Zeit hohen Dosierung (100 mg/die) auch zu einer Magen-Darm-Motilitätsstörung führt. Da die Patientin zudem angab, von diesem Medikament nicht allzuviel zu profitieren, reduzierten wir, wie empfohlen, die Doxepindosis auf 50 mg vor dem Schlafen gehen (macht müde). Davon erhoffen wir uns auch, dass die Tagesmüdigkeit der Patientin abnimmt.

Erbrechen/Regurgitation von Essen trat während des stationären Aufenthaltes nur noch 1-2x auf, dann nicht mehr, und der Kreislauf stabilisierte sich nach initialer Infusionstherapie.

Wir gehen von einer diabetischen Gastroparese und Magen-Darm-Motilitätsstörung als anticholinerge Nebenwirkung von Doxepin als Ursache des rezidivierenden Erbrechens aus.
Kolitis unklarer Genese

Die Patientin kam mit Einweisung vom Hausarzt bei seit 14 Tagen bestehender Diarrhoe. Sie habe vor 3 Jahren eine Kollagenose Kolitis gehabt. Fieber oder Kontakt zu COVID Erkrankung habe nicht stattgefunden. Sie sei zweimal geimpft. Sie habe Heimsauerstoff wegen Herzinsuffizienz. Sie sei bis Anfang April in der Neurologie in domo gewesen und habe wegen einer Pneumonie Unacid bekommen. Allergien seien keine bekannt. Sie habe vor 3 Jahren eine Kollagenose Kolitis gehabt...Die stationäre Aufnahme von Frau Roth erfolgte bei rezidivierenden Durchfällen. Clostridien, Noroviren und andere pathogene Keime konnten im Stuhl nicht nachgewiesen werden. Frau Roth bekam eine intravasale Flüssigkeitstherapie. Die Heimsauerstofftherapie mit 2 l wurde fortgeführt. Aufgrund der in der Sonografie vom 17.5.21 gezeigten diskreten Darmwandverdickung und der 2018 vorbeschriebenen kollagenen Kolitis wurde eine hohe Coloskopie durchgeführt. Hier zeigte sich eine fokale Sigmadivertikulitis und Hämorrhoiden Grad I. Frau Roth entwickelte nach der Narkose ein kurzfristiges Delir. In der Koloskopie war ein großer Divertikel schlecht einsehbar, weshalb eine CT-Abdomen Untersuchung durchgeführt wurde. Eine Perforation oder gedeckter Perforation konnte mittels Bildgebung ausgeschlossen werden und es zeigten sich eine ödematöse Auftreibung von Rektum und des gesamten Sigma. In der Zusammenschau der Befunde werteten wir die Befunde als eine Colitis bisher unklarer Genese und leiteten eine symptomatische Therapie mit Mesalazin Suppositorien 250 mg 1-0-1 ein. Wir bitten diese für Zwei Woche fortzuführen. Sobald der histopathologische Befund vorliegt, kann gegebenenfalls die Therapie angepasst werden. Die Verdichtung, die sich im CT im rechten Unterlappen, gezeigt hat werteten wir als pulmonalen Infekt und leiteten eine Therapie mit Azithromycin 250 mg 2-0-0 für 3 Tage ein. Wir bitten diese bis zum 21.5. einschließlich fortzuführen. Im CT zeigte sich nebenbefundlich eine linksseitige, nicht inkarzerierte Leistenhernie. Linksführende kardiale Dekompensation bei chronischer Herzinsuffizienz (HFpEF)

- NYHA III - IV, NT-proBNP initial 1.794 pg/ml
- Verordnung einer Sauerstoffheimtherapie

Osteoporose

- alte osteoporotische BWK 6-, BWK 8-, BWK 11-, BWK 12- und LWK 1-

Wirbelkörpersinterungen 02/2021

- Hyperkyphose der BWS
- Chronisches Schmerzsyndrom der Wirbelsäule

SARS-CoV RNA-PCR-Test vom 24.02.2021: negativ

SARS-CoV-2-Antigen-Schnelltest vom 15. und 26.02.2021: negativ

Frau Roth wird uns von der MEDIAN-Klinik Hohenlohe in Bad Mergentheim zuverlegt, wo sie sich seit 12.02.2021 in stationärer Rehabilitationsbehandlung befand. Die Übernahme von Frau Roth

von der MEDIAN-Klinik in Bad Mergentheim in unsere Innere Abtlg. erfolgte mit einer linksführenden kardialen Dekompensation.

Unter i. v.-diuretischer Therapie mit Lasix, dann erhöhter oraler Torasemid-Dosis gelang eine kardiale Rekompensation. Die Trinkmenge beschränkten wir auf maximal 1,5 l/tgl. Die Echokardiografie zeigte eine normale linksventrikuläre systolische Funktion ohne Wandbewegungsstörungen sowie eine leicht- bis mittelgradige Aortenklappeninsuffizienz. Der röntgenologisch sichtbare Pleuraerguss rechts zeigte sich in der Pleura-Sonografie als sehr klein und nicht punktionswürdig. Bei anhaltender respiratorischer Insuffizienz verordneten wir eine Sauerstoffheimtherapie mit 1 l O₂/min. Zur weiteren Stabilisierung der kardiopulmonalen Situation und Weiterbehandlung des chronischen Schmerzsyndroms der Wirbelsäule beantragten wir eine heimatnahe geriatrische Rehabilitation.

Frau Roth wurde am 26.02.2021 in die Reha-Abtlg. im Krankenhaus Marktheidenfeld verlegt...Die stationäre Aufnahme von Frau Roth erfolgte wegen einer erneuten Exazerbation der Dorsalgien.

Die Schmerzen waren bewegungs- und belastungsabhängig und auf die bekannten osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen zurückzuführen. Wir passten die analgetische Medikation bedarfsgerecht an, indem wir die Hydromorphon-Dosis erhöhten und Novaminsulfon sowie Pregabalin neu verordneten. Dies führte zu einer zufriedenstellenden Schmerzreduktion und Mobilität der Patientin.

Wir entließen Frau Roth am 10.02.2021 in gutem Allgemeinzustand in Ihre weitere hausärztliche Behandlung.

atientin wird zur Abklärung chronischen Diarrhoen stationär aufgenommen. Das symptomatisch angesetzte Kreon hat nicht die erwartete Wirkung gezeigt und auch Lactosefreie Kost hat die Durchfälle nicht verbessert. Wir führen eine endoskopische Untersuchung durch. Histologisch findet sich eine mikroskopische kollagene Kolitis. Wir setzen eine Therapie mit topischem Kortikoid Budesonid für insgesamt 30 Tage an.

Bei auswärts diagnostizierter partiellen exokrinen Pankreasinsuffizienz wird die Therapie mit Kreon erstmal weiter geführt. Bitte um einen Auslassversuch nach der Beendigung der Budesonidtherapie.

I.R. der DD der chronischen Diarrhoen bestimmten wir zudem Chromogranin A als Marker für neuroendokrine Tumoren im Rahmen der Abklärung. Dies zeigte sich erhöht, ohne einen weiteren klinischen Hinweis auf ein NET. Bei evtl. weiterhin anhaltenden Durchfällen unter/nach Budesonidtherapie bitten wir um entsprechende weitere Abklärung (NET-Suche-Dg).

Seit ca. 14 Tagen bestehen Durchfall, Übelkeit und Erbrechen. Heute sei die Patientin durch eine Wesensveränderung aufgefallen. In den letzten Tagen habe sie nur sehr wenig getrunken. Seit heute besteht kein Durchfall mehr. Initial erfolgt eine neurologische Untersuchung mit cCT, dann die internistische Aufnahme wegen Exsikkose.....Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen eines akuten Nierenversagens (Kreatinin 4,44 mg/dl) bei Exsikkose im Rahmen einer Enteritis. Die Blutgasanalyse zeigte eine metabolische Azidose. Die Stuhluntersuchung auf pathogene Keime sowie Clostridium difficile-Toxin ergab keinen Keim- oder Toxinnachweis. Unter parenteraler Flüssigkeitssubstitution (bis 09.11.2016) normalisierte sich die Nierenfunktion, die Patientin entwickelte jedoch im Verlauf einen bronchopulmonalen Infekt, welchen wir symptomatisch behandelten. Schließlich verzögerte sich die Rekonvaleszenz der Patientin noch durch eine cardiale Dekompensation bei zu hoher Trinkmenge. Es imponierten Unterschenkelödeme bds. und Dyspnoe bei geringer Belastung. Die Patientin wurde über eine Trinkmengenbeschränkung (max. 1,5 l tägl.) aufgeklärt, und die Betablocker- und ACE-Hemmertherapie wurde durch ein Diuretikum ergänzt. Tägliche Gewichtskontrollen zeigten eine Gewichtsabnahme von mehr als 3 kg unter der diuretischen Therapie. Bei Hypothreose in der Blutuntersuchung leiteten wir außerdem eine Substitutionsbehandlung mit L-Thyroxin ein.

--Die Vorstellung erfolgte als Zuweisung in unsere Notaufnahme über den Rettungsdienst/Notarzt. Der Patient kam aus einem Pflegeheim in Marktheidenfeld.

Eine Eigenanamneseerhebung war bei fortgeschrittener Demenz nicht möglich. Bei Eintreffen war der Patient somnolent bis soporös, reagierte gezielt auf Schmerzreiz, eine verbale Kommunikation war nicht möglich. Laut Rettungsdienst hatte der Patient seit dem Vortag massiven Durchfall.

Intermittierende Durchfälle seien schon länger bekannt. Initial war der Patient hypoton mit systolischem Blutdruck von 80 mmHg, nach Infusionsgabe durch den Rettungsdienst lag der Blutdruck bei 100 mmHg systolisch...Die stationäre Aufnahme von Herrn Wilsch erfolgte aufgrund einer akuten Vigilanzminderung und Hypotonie bei Diarrhoe.

Laborchemisch ergaben sich deutlich angestiegene Retentionsparameter mit einem Kreatininwert von 3,62 µmol/l im Sinne eines akuten Nierenversagens im Stadium 3 sowie eine schwere Hybernatriämie bei klinischen Exsikkosezeichen.

In einer Stuhluntersuchung waren keine pathogenen Keime nachweisbar. Da die dünnen Stühle rezidivierend seit der Rektumkarzinom-OP auftretend beschrieben wurden, ist von einer Stuhlinkontinenz als Ursache der dünnen Stühle auszugehen. Wir gaben zur symptomatischen Behandlung Loperamid bei Bedarf. Torasemid und Ramipril wurden pausiert.

Durch eine parenterale Flüssigkeitszufuhr konnte der Natriumwert langsam normalisiert werden. Mit rückläufiger Hybernatriämie besserte sich die Vigilanz des Patienten. Zuletzt war diese unauffällig, der Patient wieder ansprechbar und die orale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ohne Schluckprobleme möglich. Die leichte Hypokaliämie glichen wir durch Kaliumgaben i.v. und p.o. aus. Im Rahmen der Volumenzufuhr waren auch die Nieren-Retentionsparameter rückläufig. Röntgenologisch wurde zwar eine Pneumonie links basal vermutet, der nicht relevante Anstieg der Entzündungsparameter und das Fehlen einer diesbezüglichen Symptomatik führte zum Verzicht auf eine antibiotische Therapie.

Die Blutdruckwerte lagen unter Pausieren von Ramipril und Torasemid zuletzt zwischen 100/65 und 120/70 mmHg. Wir empfehlen deshalb vorerst das weitere Aussetzen dieser Medikamente. Herr Wilsch wurde in gutem Allgemeinzustand zurück ins Pflegeheim und in Ihre weitere hausärztliche Betreuung entlassen.

Persistierendes Vorhofflimmern (Rezidiv)

- erfolgreiche elektrische Kardioversion am 21.08.2017
- Rezidivprophylaxe mittels Flecainid und Beta-1-Blocker
- orale Antikoagulation mittels Apixaban (CHA2DS2-VASc-Score von 6)

Aktuell: Erhöhung der Betablocker-Therapie Die Patientin zeigt eine tachykarde Episode eines bekannten Vorhofflimmerns. Nach der Gabe von 5 mg Metoprolol i.v. lag die Herzfrequenz unter 100/min. Wir empfehlen die Erhöhung des Betablockers.

Der Patient ist nur fraglich orientiert zu Ort und Situation und erscheint sehr schmerzgeplagt. Eine Eigenanamnese ist kaum eruiert. Der Patient wohnt zu Hause, ist seit Dezember bettlägerig nach häuslichem Sturz, wird von der Ehefrau und Sozialstation versorgt. ..Die stationäre Aufnahme von Herrn Tschampa erfolgte bei Harnverhalt. Laborchemisch bestätigte sich der klinische Verdacht auf einen Infekt, sodass wir mit einer kalkulierten Antibiose mit Unazid begonnen. Die Urinkultur ergab das Wachstum von Klebsiella oxytoca und das Antibiotikum wurde antibiogrammgerecht auf Cefpodoxim umgestellt. Hierunter waren die Infektparameter rückläufig. Der Patient erhielt eine regelmäßige Flüssigkeitssubstitution.

Ein Auslassversuch des Dauerkatheters verblieb frustan, sodass die Neuanlage eines Silikonkatheters notwendig war. Eine Prostatavergrößerung war sonographisch nicht zu sehen. Wir gehen davon aus, dass der Katheter nach komplettem Abklingen der Infektion entfernt werden kann. Sollte es zu erneutem frustanem Auslassversuch kommen, bitten wir um ambulante urologische Vorstellung des Patienten.

Während des stationären Aufenthaltes hat der Patient beim Umlagern und Waschen keine Schmerzen angegeben. In Gespräch mit seiner Ehefrau hat diese mitgeteilt, dass er öfters zu Hause Schmerzspitzen während der Körperpflege habe. Eine Therapie mit Fentanyl Nasenspray ist in diesen Fällen zu empfehlen.

Global kardiale Dekompensation NYHA III-IV bei chronischer Herzinsuffizienz, HFmrEF
- bei kombiniertem Mitralklappenitium

- leichtgradige Stenose
- hochgradige exzentrische Insuffizienz durch Restriktion des PML
- hochgradige Trikuspidalklappeninsuffizienz
- Schwere pulmonale Hypertonie

Permanentes Vorhofflimmern

- Antikoagulation mit Xarelto (CHA2DS2-VASc-Score 5 Punkte)

Ulcera crura re US mit einem eitrigen Verhalt am lateralen Unterschenkel

- bei chronisch venöser Insuffizienz
- Abszeßinzision, PVJ-Verband sowie Auflage von Biatain auf die Ulcera am 19.03.2021

Die stationäre Aufnahme von Frau Eberhardt erfolgte aufgrund einer dekompensierten Herzinsuffizienz mit Dyspnoe und progredienten Unterschenkelödemen. Korrelierend hierzu konnte laborchemisch ein deutlich erhöhtes

NT-proBNP festgestellt werden. In der transthorakalen Echokardiographie stellten wir einen relevanten Progress der Mitral- sowie Trikuspidalklappeninsuffizienz sowie eine mittelgradig eingeschränkte systolische linksventrikuläre Funktion mit inferoseptaler und anteroseptaler Hypokinesie fest.

Unter einer intravenösen Therapie mit Furosemid konnte die Patientin klinisch rekompensiert werden, es wurden ca. 4 kg Flüssigkeit mobilisiert. Die Nierenretentionswerte blieben unter der diuretischen Therapie stabil. Eine Diuretika bedingte Hypokaliämie wurde ausgeglichen.

Grundsätzlich lag die Indikation zu einer weiteren invasiven Untersuchung (Links/Rechtsherzkatheter) vor. Davon nahmen wir aufgrund der Aetas und der erheblichen Begleiterkrankungen, insbesondere in Hinblick auf eine fortgeschrittene Demenz, Abstand. Wir empfehlen die Fortführung der konservativen Therapie.

Aufgrund der beidseitigen Ulcera cruris auf dem Boden einer chronischen venösen Insuffizienz wurde die Patientin chirurgisch vorgestellt. Hier wurde ein kleiner Abszeß am rechten Unterschenkel aufgespalten. Desweiteren erfolgte eine Versorgung mit einem PVJ-Verband. Die Wundkontrolle zeigte kein Anhalt für eine Wundheilungsstörung. Wir empfehlen weitere klinische Kontrollen im ambulanten Sektor.

Die Patientin präsentierte sich während des stationären Aufenthalts teilweise agitiert, weinerlich und desorientiert. Daraufhin wurde mit Melperon 25mg zur Nacht begonnen.

Nebenbefundlich stellten wir die bereits bekannte makrozytäre hyperchrome Anämie bei normwertigem Vitamin B12 und Folsäure fest. Wir empfehlen zunächst weitere ambulante Blutbildkontrollen, ggf. eine weiterführende Diagnostik bei wesentlicher Dynamik im Verlauf.

Frau K wurde initial auf der Station für Allgemeinchirurgie aufgrund diffuser Bauchschmerzen sowie einem Stuhlverhalt von 3 Tagen aufgenommen. Sie beklagte Übelkeit. Bei der Koprostase leiteten die Allgemeinchirurgischen Kollegen abführende Maßnahmen ein, danach seien die Beschwerden deutlich besser gewesen.

Fr. Kunkel unterstand einer 4 x täglichen Peritonealdialyse, es bestünde eine Restausscheidung von ca. 300 mL tgl. Sie sei in Behandlung bei Dr. Blaser. Bisher habe sie noch nie eine Koloskopie gehabt. Aufgrund einer Hyponatriämie wurde Frau Kunkel internistisch vorgestellt und übernommen. ..Frau Kunkel wurde von den Kollegen der Allgemeinchirurgie übernommen aufgrund einer Hyponatriämie. Um diese auszugleichen gaben wir initial bilanziert isotone NaCl-Lösung parenteral, darunter stieg der Natriumwert an. Im Verlauf allerdings wurde Patientin zunehmend lethargisch, teilweise verwirrt und deutlich verlangsamt.

Zum Ausschluss einer akuten intracerebralen Pathologie führten wir eine CT-Untersuchung des Schädels durch. Erfreulicherweise ließ sich eine akute Blutung oder Ischämie ausschließen. Wir verlegten die Patientin zur Überwachung auf unsere Intensivstation und zogen den behandelnden Nephrologen Dr. Blaser hinzu. Wir vermuteten eine insuffiziente Peritonealdialyse mit zu geringem Flüssigkeitsentzug und konsekutiver hypervolämer, hypoosmolärer Hyponatriämie als Ursache der Hyponatriämie.

Tatsächlich konnte dann unter Anwendung von Dialysat mit höherer Osmolarität 4,2 kg mobilisiert werden und normalisierte sich die Serumnatriumkonzentration. Gleichzeitig verbesserte sich auch wieder der Allgemeinzustand und war Patientin im Verlauf wieder wach und vollständig orientiert. Sie übernahm problemlos wieder die Peritonealdialyse und wurde mit dem neuen Dialysat geschult. Zur weiteren nephrologischen Betreuung und engmaschigen Natrium- und Gewichtskontrollen wurden bereits Termine im KfH Lohr vereinbar, zunächst für den 05.07.2021.

Das Furosemid wurde bei mittlerweile sehr geringer Restausscheidung abgesetzt. Bei rezidivierenden hypertensiven Blutdruckwerten erhöhten wir das Urapidil und Metoprolol und gaben Minoxidil bedarfsweise. Wir bitten um engmaschige Blutdruckkontrollen und ggf. erneute Anpassung der antihypertensiven Medikation.

Der initiale Aufnahmegrund war eine Koprostase. Der Stuhlgang kam nach Abführen regelmässig ohne weitere Gabe von Laxantien. Allerdings sehen wir eine Koloskopie im Rahmen der onkologischen Vorsorge indiziert. Wir vereinbarten einen Termin zur ambulanten Koloskopie. Bei erneuter Obstipation kann dies selbstverständlich vorzeitig durchgeführt werden.

Die Vorstellung der Patientin erfolgte notfallmäßig in Begleitung des Notarztes von zu Hause. Die Patientin berichtete von Übelkeit sowie Erbrechen seit dem Abend, welches akut aufgetreten sei. Es bestehen ein generelles Unwohlsein und auch ein Druckgefühl im Brustkorb, aber auch Schmerzen im Kopf, den Extremitäten und im Oberbau... Die stationäre Aufnahme von Frau Brückner erfolgte wegen eines thorakalen Druckgefühls mit akutem Unwohlsein. Vom Notarzt hatte die Patientin bereits ASS und Heparin i. v. erhalten.

Einen akuten Myokardinfarkt konnten wir laborchemisch und elektrokardiographisch ausschließen. Die Aufnahme-Untersuchung sowie weitere Pulskontrollen am Aufnahmetag zeigten tachyarrhythmische Entgleisungen bis Herzfrequenz 132/min., weshalb wir die Betablocker-Therapie in der Dosis erhöhten. Dadurch wurde eine normfrequente Einstellung erreicht. Unter der Entresto-Therapie zeigte sich aktuell in der Echokardiografie nur eine leichtgradig eingeschränkte linksventrikuläre systolische Funktion (LVEF 41-53 %), was für eine gute Wirksamkeit des Entresto spricht. Wir erhöhten die Entrestodosis, zumal auch die Blutdruckwerte hyperten waren. Auch die analgetische Medikation erhöhten wir. Bei aktuell unzureichender Einstellung mit Marcumar (Quick 69%, INR 1,23) stellten wir die orale Antikoagulation auf Apixaban um.

Auch nach Erreichen einer Frequenzkontrolle und Normotonie bestand bei der Patientin weiterhin eine Schwindelsymptomatik und Gleichgewichtsstörung bei Mobilisation. Wegen des Verdachts auf einen Kleinhirninfrakt veranlassten wir deshalb eine craniale Magnetresonanztomographie, welche die Verdachtsdiagnose bestätigte. Retrospektiv betrachtet, ist die Symptomatik der Patientin durch den cerebellären Infarkt erklärt, auch wenn aufgrund der bestehenden oralen Antikoagulation primär nicht davon auszugehen war. Das Problem lag in Schwierigkeiten mit der Marcumareinstellung. Deshalb ist die Umstellung auf Apixaban erfolgt.

Frau Brückner wurde ab dem 23.06.2021 geriatrisch mitbetreut.

Aufgrund ausgeprägter Übelkeit sowie Appetitlosigkeit wurde die oben stehende Medikation mit Vomex i.v. fortgeführt. Zur Komplettierung der vorbestehenden Therapie wurde ein Statin verordnet. Im Verlauf konnte Frau Brückner durch hier durchgeführten krankengymnastischen und ergotherapeutischen Übungsbehandlungen an zwei Unterarmgehstützen gehen, Treppensteigen (ca. 12 bis 14 Stufen) war ebenfalls möglich. Bei allen ADL-Tätigkeiten bis auf noch nötige Hilfe bei der Versorgung des Unterkörpers war die Patientin selbstständig. Am 02.07.2021 wurde die Patientin in die neurologische Rehabehandlung der Phase C entlassen. Wir bitten im Verlauf ein LZ-EKG-Kontrolle durchzuführen.

Die Patientin kam aus dem Pflegeheim mit hausärztlicher Einweisung. Heute morgen war im Pflegeheim bei der pflegerischen Visite aufgefallen, dass der linke Unterschenkel gerötet gewesen war. Außerdem habe die Patientin laut dem Pflegepersonal subfebrile Temperaturen bis 38 °C angeboten. Diesbezüglich wurde der Hausarzt informiert, der die Patientin bei Verdacht Erysipel ins Krankenhaus einwies. Kein Husten, keine Dyspnoe, keine thorakalen Schmerzen bei der Aufnahme. Keine bekannten Allergien....Frau Hassmüller wurde aufgrund von Fieber bis 38° C sowie zunehmender Rötung des rechten Beines mit V. a. Erysipel stationär aufgenommen. Unverzüglich nach Aufnahme leiteten wir eine antibiotische Therapie mit Penicillin ein, darunter kam es zu keiner Besserung der Entzündungsparameter. Da zusätzlich radiologisch eine Stauungspneumonie links festgestellt wurde, erfolgte die Umstellung der Therapie auf Piperacillin/Tazobactam. Im Verlauf kam es zur Besserung des Lokalbefundes. Die Rötung bildete sich deutlich zurück und die Entzündungsparameter waren regredient. Aufgrund ausgeprägter Schwellung des betroffenen Beines kam es zu intracutaner Blasenbildung am Unterschenkel. Die vorbestehende Therapie mit Torasemid oral wurde auf intravenöse Gabe umgestellt. Darunter bildeten sich die Ödeme deutlich zurück.

Bei neu festgestellten VHF wurde Antikoagulationstherapie mit Apixaban eingeleitet. Bei Neigung zur Tachykardie bis 100-110/min. wurde eine Therapie mit Betablocker ergänzt.

Die Patientin blieb zu jeder Zeit kreislaufstabil. Die Wunden an beiden Unterschenkel und Gesäß verblieben reizlos.

Die Patientin wurde geriatrisch mitbetreut. Aufgrund kognitiver Einschränkungen war die Therapie nur eingeschränkt möglich. Zum Zeitpunkt der Entlassung konnte die Patientin unter Supervision und Anleitung alleine essen. Alle Aktivitäten des täglichen Lebens sollten weiterhin übernommen werden. Die Lagerung war nur mit zwei Therapeuten/Pflegekräften möglich.

Wir bitten um weitere Wundversorgung.

Die Patientin kam notfallmäßig von zu Hause mit notärztlicher Begleitung. Initial zeigte sich das Bild eines anaphylaktischen Schocks mit Quincke Ödemen. Vom Notarzt wurden bei frustraner Anlage eines PVK 0,5 mg Adrenalin intramuskulär verabreicht. Schon vor der Adrenalin-Gabe war die Pat. tachyarrhythmisch mit einem Puls von 140/min. Die Patientin war am Vortag gestürzt, an beiden Beinen zeigten sich Schürfwunden sowie Ödeme. Laut der Patientin habe sie keine neuen Medikamente bekommen, keine außergewöhnlichen Nahrungsmittel zu sich genommen. Seit dem Mittag seien die Augen zunehmend geschwollen. Die Patientin ist zuletzt häufiger gestürzt.

Defäkation/Miktion: opB.

Sozialanamnese: Die Patientin lebt zu Hause. Pflege Grad III. Die Tochter Karina Walter kümmert sich. Die Patientin ist mit Rollator mobil...ie stationäre Aufnahme von Frau Walter erfolgte notfallmäßig bei anaphylaktischer Reaktion (es bestanden Lidödeme bds.) auf ein unbekanntes Agens. Wir verabreichten erneut Adrenalin intramuskulär sowie Prednisolon und Histakut. Bei bekanntem permanentem Vorhofflimmern und am ehesten adrenalinbedingter tachyarrhythmischer Entgleisung setzten wir Digitoxin neu an. Die Patientin wurde zunächst auf unsere Intensivstation zur Überwachung aufgenommen. Da es fremdanamnestisch zu einer Wesensveränderung gekommen war und die Patientin mehrfach, unter oraler Antikoagulation mit Apixaban, gestürzt war, erfolgte ein cCT, hier konnte eine intrazerebrale Blutung ausgeschlossen werden.

Röntgenologisch zeigten sich deutliche Zeichen der pulmonal venösen Stauung. Bei globaler kardialer Dekompensation pausierten wir das Torasemid und begannen eine forcierte intravenöse Diurese mit Furosemid, hierunter besserte sich die Symptomatik rasch. Bei V.a.

Stauungspneumonie begannen wir eine kalkulierte antibiotische Therapie mit Piperacillin/Tazobactam. Am 07.06.2021 konnte die Patientin auf die Normalstation verlegt werden.

Echokardiographisch zeigte sich eine normale linksventrikuläre systolische Funktion, kein relevantes Vitium.

Wir gingen von einer Dekompensation im Rahmen der Tachyarrhythmie aus und sahen die frequenzkontrollierende Therapie als vordergründig. Zwischenzeitlich war aufgrund einer grenzwertigen Hypotonie das Metoprolol pausiert worden, im stationären Verlauf setzten wir dies wieder an. Das Digitoxin wurde nicht weitergegeben. Wir empfehlen ein Langzeit-EKG im ambulanten Sektor und gegebenenfalls eine weitere Anpassung der frequenzstabilisierenden Therapie.

Die Patientin war zuletzt mehrfach gestürzt und äußerte Schmerzen am ganzen Körper, wir begannen eine analgetische Therapie mit Novaminsulfon. Unser Sozialdienst wurde eingeschaltet. In Zusammenschau aller Befunde gehen wir im Nachhinein nicht von einer allergischen Reaktion sondern von Lidödem im Rahmen der kardialen Dekompensation aus.

Schon bei Aufnahme fiel eine hypochrome mikrozytäre Anämie auf. Seit 2017 bestand bereits eine Anämie deren Genese bislang unklar war. Wir konnten Frau Walter am 08.06.2021 in stabilem Allgemeinzustand in die geriatrische Abteilung unseres Hauses verlegen.

Geriatrische Mitbetreuung:

Die Übernahme der Patientin erfolgte zur geriatrischen Mitbetreuung bei kardialer Dekompensation. Zur weiteren kardialen Rekompensation erhielt die Patientin eine intensivierende diuretische Therapie (Lasix 80 mg 3x am Tag). In der durchgeführten Pleurasonographie fielen Pleuraergüsse bds., rechts ca. 500 ml, links ca. 1 L auf. Im späteren Verlauf wurde vorübergehend bei unzureichender Therapieerfolg, eine sequentielle Nephronblockade mit Xipamid eingeleitet. Unter diese Therapieanpassung konnte eine Gewichtsreduktion von ca. 9 kg erreicht werden. In einer Pleurasonographiekontrolle sahen wir eine deutliche Besserung des Befundes. Ebenfalls zeigte sich die Patientin klinisch besser.

Unter doppelter diuretischer Therapie zeigte sich im Labor eine Hypokaliämie, dies oral substituiert wurde. Darüber hinaus setzten wir diesbezüglich eine diuretische Therapie mit Kaliumsparende Diuretika an und beenden wir die Therapie mit Xipamid. Bei laborchemisch

Anstieg der Nierenwerte wurde die Therapie mit Spironolacton wieder abgesetzt. Wir bitten um engmaschige Kontrolle der Elektrolyte und Nierenwerte im Verlauf. Die parenterale diuretische Therapie mit Lasix wurde im Verlauf wieder auf Torasemid oral umgestellt. Das Entlassungsgewicht lag bei 80.9 Kg. Die von Pflegepersonal täglich gemessene Pulswerte zeigten sich normofrequent.

Die initial aufgrund der Hypotonie Pausierte Therapie mit Valsartan, wurde nach Besserung der Blutdruckwerte, wieder angesetzt.

Die Eingeleitete antibiotische Therapie mit Pip/Taz bei Stauungspneumonie wurde für insgesamt 9 Tage fortgeführt. Unter dieser Therapie waren die Entzündungswerte initial rückläufig und nach Beendigung der Therapie steigen sie wieder an. In der Urinkultur war eine Bakteriurie mit Klebsiella oxytoca mit Sensibilität auf Ciprofloxacin nachweisbar. Dementsprechend sowie bei laborchemisch Anstieg des CRP-Wertes wurde die Patientin erneut mit antibiotischer Therapie behandelt. In späteren Laborkontrollen zeigte sich das CRP eher rückläufig.

Bei laborchemisch festgestelltem Eisenmangelanämie wurde dies initial zwei mal parenteral und im Verlauf auch oral substituiert. Von einer erweiterten Anämieabklärung mittels Endoskopie wurde in Anbetracht des Alters und Multimorbidität Abstand genommen. Außerdem erfolgte bei Hausmedikation NOAK (Eliquis) aufgrund des vorbekannten Vorhofflimmerns, die Erhöhung der Pantoprazoldosis auf 40mg am Tag. Der Hb-Wert lag bei der Entlassung stabil bei 9.2 g/dl. Bei Albuminmangel erhielt die Patientin regelmäßig Eiweißpulver und Fresubin.

Am 01.07.2021 klagte die Patientin über Unterbauchschmerzen. Sonographisch und röntgenologisch stellte sich eine Verstopfung dar. Dementsprechend erfolgte die Abführung der Patientin. Die Hausmedikation wurde diesbezüglich mit Macrogol ergänzt. Die beschwerde Symptomatik lässt ebenfalls nach der erfolgreichen Abführung nach.

Da die Therapie mit Fluoxetin in ihrem Alter nicht geeignet ist, wurde dies ausgeschlichen und endlich abgesetzt. Während des stationären Aufenthaltes erfolgten tägliche Physio- bzw. Ergotherapien zur Verbesserung der Mobilität und Eigenständigkeit. Der weitere stationäre Verlauf gestaltete sich regelrecht.

Die Patientin wies während des stationären Aufenthaltes keine Symptomatik einer SARS-CoV-2-Infektion auf. Der SARS-CoV-2 PCR Abstrich von 29.06.2021 sowie das SARS-CoV-2 Ag Schnelltest von Entlassungstag blieben negativ.

Frau Sc.t stellte sich am 24.06.2021 mit dem Rettungsdienst in unserer Notaufnahme vor. Die Patientin sei heute kollabiert. Sie berichtete, dass ihr im Stehen plötzlich schwindelig geworden sei und schwarz vor Augen. Eine Bewusstlosigkeit verneinte sie. Laut Angehörigen sei sie schon seit einigen Wochen verlangsamt. Die Patientin berichtet selber, dass sie sich sehr ängstlich fühle. Sie gab an, generell eher wenig zu trinken. Pektanginöse Beschwerden, Bauchschmerzen verneinte sie. Sie berichtete über rezidivierende Dysurien. Allergien seien keine bekannt. Stuhlgang: Obstipationsneigung. Miktio: rezidivierende, dysurische Beschwerden. Sie habe in den letzten 6 Monaten 15 kg Gewicht verloren. Der ganze Körper fühle sich brennend an.

Sie leide unter Panikattacken seit 3 Jahren, verstärkt seit einem halben Jahr. Im März Covidimpfung. Vor einer Woche ambulant neurologische Vorstellung bei Frau Hemm, welche Oppiramol auf Cipralox umsetzte. Ein Carpal tunnel syndrom bds. war ebenfalls diagnostiziert worden....Die stationäre Aufnahme von Frau Sc. erfolgte bei Kollaps a.e aufgrund der Exsikkose. Laborchemisch zeigte sich eine Hyponatriämie mit 123 mmol/l, sowie erhöhte Nierenretentionsparameter. Dementsprechend erhielt die Patientin eine parenterale Flüssigkeitssubstitution. Die vorbestehende diuretische Therapie mit Torasemid und Spironolacton wurden initial pausiert. Wir konnten die Hyponatriämie mit langsamer Anhebung des Natriumspiegels erfolgreich ausgleichen. Am Verlegungstag lag der Na-Wert bei 139 mmol/l ohne Infusion und unter Gabe von Cipralox. Unter o.g Maßnahmen verbesserten sich auch die Nierenwerte. Die Patientin wurde auf eine ausreichende orale Flüssigkeitsaufnahme mehrmals hingewiesen.

Aufgrund der anamnestischen Angaben einer Gewichtsreduktion bei Appetitlosigkeit mit Dysphagie, erfolgte während des Aufenthaltes eine endoskopische Untersuchung und ein kleines Tumorscreening. Eine Kontrolle bei Z.n. Mamma-Ca sei vor 3 Monaten erfolgt, aktuell wurde diesbezüglich kein Status erhoben. Gastroskopisch wurden bis auf flache Erosionen im Magen, keine Auffälligkeiten festgestellt. Die vorbestehende Therapie mit Omeprazol sollte weiterhin

fortgeführt werden. Die Koloskopie blieb unauffällig. Bei Harnverhalt erfolgte die DK-Anlage. Wir empfehlen diesbezüglich eine urologische Mitbetreuung im Verlauf. Da bei der Patientin eine Antriebslosigkeit zu beobachten war, wurde zunächst ein psychiatrisches Konsil angeordnet. Hierunter wurde empfohlen, dass die seit kurzem vorbestehende Therapie mit Escitalopram weiter fortgeführt werden sollte und zusätzlich wurde aufgrund der brennenden Missempfindungen und Panikattacken eine Therapie mit Pregabalin eingeleitet. Dieses Medikament hatte die Patientin vor Jahren eingenommen und selbständig abgesetzt. Aufgrund der eingeschränkten Nierenwerte sollte es sukzessive auf nicht mehr als 150 mg/d gesteigert werden. Dem Ehemann und der Patientin wurde eine stationär- psychiatrische Weiterbehandlung angeraten, dieses wollte die Patientin nicht, lediglich tagesklinisch wollte sie sich behandeln lassen. Diese Option steht nach Rücksprache mit dem BKH Lohr z.Z. leider nicht zur Verfügung. Trotz o.g Therapie kam es im Verlauf zur Verschlechterung der depressiven Symptomatik mit depressivem Sub- Stupor. Am 01.07. äußerte die Patientin auch suizidale Gedanken und konnte sich nicht klar zu einem Antisuiizidversprechen positionieren, sodass mit ihrer Zustimmung die Verlegung ins BKH Lohr organisiert wurde.

Hyp.Entgleisung...Die stationäre Aufnahme von Frau Schmidt erfolgte bei einer hypertensiven Entgleisung. Eine akute Myokardischämie konnte laborchemisch und elektrokardiographisch ausgeschlossen werden. Wir erhöhten die antihypertensive Therapie mit Clonidin und setzten zusätzlich Spironolacton an. Darunter stabilisierten sich die Blutdruckwerte. Da die Patientin von thorakaler Enge berichtete, strebten wir einen Ischämienachweis an. Für eine Fahrradergometrie erschien uns die Patientin ungeeignet, daher erfolgte eine pharmakologische Stressechokardiographie. Hierbei konnte keine Myokardischämie objektiviert werden. Wir gehen daher von Hypertension-assoziierten thorakalen Beschwerden aus. Bei Beschwerdepersistenz trotz gut eingestelltem Bluthochdruck wäre eine invasive Diagnostik gerechtfertigt.

Patientin stellt sich mit geschwollener Zunge vor. Die Schwellung ist 2 Stunden, nachdem sie eine MCP-Tablette genommen hat, aufgetreten. Das Sprechen fällt ihr dadurch schwer. Keine Atemnot. Keine bekannten Allergien. Kein Hautausschlag. Die Patientin hat das MCP seit gestern vom Hausarzt bekommen, wegen Bauchschmerzen. Derzeit bestehen keine Bauchschmerzen...Wir verabreichen Ranitidin, Tavegil und Prednisolon bei allergischer Reaktion. Die Atemwege sind nicht betroffen und die Zungenschwellung ist nach Verabreichen der Medikation rückläufig. Es erfolgt Überwachung auf der Intensivstation. Der Überwachungszeitraum verläuft komplikationslos und wir können Patientin beschwerdefrei am 04.10.2019 nach Hause entlassen. Am Ehesten war die allergische Reaktion durch MCP ausgelöst worden. Daher setzen wir dieses ab. Bei Persistieren der abdominalen Beschwerden die zur MCP-Einnahme geführt haben, bitten wir um erneute Vorstellung beim Hausarzt. Eine Allergietestung beim Dermatologen sollte frühestens in 6-8 Wochen erfolgen.

Frau Gaedicke wurde uns aus dem Bezirkskrankenhaus Lohr aufgrund anhaltender, breiiger Durchfälle, mindestens 10 x täglich, begleitet von Übelkeit und Brechreiz, verlegt. Unter diesen Umständen war eine Stabilisierung des schon bereits stark reduzierten Gewichts bei nicht funktionierendem Portsystem unmöglich. Es wurde berichtet, dass der Ernährungsbeutel zuhause abgetrennt war, so dass die Nahrungsflüssigkeit im Bett oder auf dem Boden zu sehen war. Selbst verneinte die Patientin, dass sie den Ernährungsbeutel mit Absicht abtrenne. Kein Fieber....Die stationäre Aufnahme von Frau Gaedicke erfolgte aufgrund eines nachgewiesenen Rezidivs einer Clostridienenteritis.

Aufgrund der Klinik sowie nachgewiesenem Clostridien-Toxin in der Stuhl-PCR leiteten wir eine antibiotische Therapie mit Vancomycin oral ein. Parallel wurde die Patientin bei einem BMI von 13,3 g/m² parenteral ernährt. Eine regelrechte Gewichtszunahme konnte hier jedoch nicht beobachtet werden. Vom Pflegepersonal wurde erneut über wiederholte Diskonnektion des Ernährungsbeutels berichtet. Eine beabsichtigte Diskonnektion wurde vom Ehemann der Patientin sowie von der Patientin verneint. Der Ehemann berichtete die ambulante parenterale Ernährung lief zuhause regelrecht. Unter der antibiotischen Therapie waren die Durchfälle gut regredient. Nach Portnadelwechsel lief das Portsystem problemlos.

Am 27.10.2020 konnten wir Frau Gaedicke zur weiteren Einstellung der psychiatrischen Therapie zurück ins BKH verlegen.

Die Vorstellung der Patientin erfolgt als Einweisung durch den Hausarzt bei lebensbedrohlicher Kachexie. Die Patientin klagt über Appetitlosigkeit, aus ihrer Sicht im Rahmen einer schwerer psychischer Belastung bei familiärer Angelegenheiten seit ca. 8 Jahren. Sie klagt auch über rezivierende Emesis. Der Ehemann würde sie unterdrücken, will ihr nicht helfen, würde ihr Essen ständig kontrollieren. Sie wohne lieber bei ihrem Sohn in Frankfurt, der auch laut der Patientin nicht mehr so viel Kontakt mit seinem Vater habe. Ihr sei es vor einem Monat schlecht geworden, sie wurde ohnmächtig und daraufhin war sie in stationärer Behandlung in Wertheim bei einer schweren Anämie mit einem Hb von 5,2. Fragen nach Infekt werden verneint...Die stationäre Aufnahme von Frau Gaedicke erfolgte zur Stabilisierung des Ernährungszustand bei ausgeprägter Kachexie mit Marasmus im Rahmen einer Anorexia nervosa und Depression. Es wurde von unseren chirurgischen Kollegen in domo ein Port komplikationslos implantiert und eine parenterale Ernährung eingeleitet. Die Option einer enteralen Ernährung durch eine PEG-Sonde wurde aufgrund der initial deutliche Incompliance und erhebliche Komplikationsrisiko (V.a. von selbstinduzierte Sondendislokation mit Peritonitis) sowie Aszitesbildung bei Marasmus ausgeschlossen . . .

Die parenterale Ernährungstherapie gestalte sich initial äußerst schwierig, insbesondere aufgrund der mangelnden Compliance. Frau Gaedicke entfernte selbst die Portnadel bei laufenden Infusion wiederholt. Die Gründe dafür sind multifaktoriell, bei Einnahme einer psychiatrischen Komponente (schwere Depression mit wahnhafter Vorstellung) begannen wir eine entsprechende psychiatrische Medikation. Insbesondere unter der Wirkung von Mirtazapin konnte man eine deutliche Besserung der Stimmung bemerken. Hiermit lief die parenterale und orale Ernährung besser, am Ende konnten wir ein Gewicht von ca. 30 Kilogramm konsolidieren.

Die Patientin wurde psychiatrisch begutachtet, aktuell wurde keine Indikation für eine Verlegung im BKH Lohr gesehen. Eine ambulante psychiatrische Betreuung wurde aber dringend empfohlen.

Im Verlauf entwickelte die Patientin erhöhte Entzündungsparameter. Es wurden 2 Paar Blutkulturen abgenommen, die steril blieben. Eine empirische Antibiose mit Ampicillin/Sulbactam und dann Cetriaxon erbrachen eine Normalisierung.

Abdomensonographisch sahen bis auf Nierenzyste rechts keine weitere Auffälligkeiten. In einem externen CT-Abdomen (KH Wertheim) wurde eine Raumforderung in der linken Nieren gesehen, die Patientin lehnt kategorisch weitere diagnostische Abklärungen ab.

Über die häusliche Versorgung bestand erhebliche Schwierigkeiten, die Patientin lebt bis jetzt allein. Es ist aufgrund ihren aktuellen Zustand nicht vertretbar. Nach unserer Initiative wurde in Absprache mit dem Ehemann organisiert, dass die 77 Jährige bei Ihrem Ehemann in Faulbach zunächst leben wird.

Desweiteren wurde der zuständige Hausarzt Dr. Puk über die Notwendigkeit (wenn auch vorübergehend) von einer Fortführung der parenteralen Ernährung informiert. Er wird dies für den ambulanten Bereich organisieren, dies wurde erneut im Rahmen eines abschließenden kollegiale Gespräches am 29.06.2020 gemeinsam festgelegt...

stationäre Aufnahme von Frau Gaedicke erfolgte wegen einer akuten Diarrhoe.

In der Stuhluntersuchung wiesen wir Clostridien difficile-Toxin nach und leiteten eine Therapie mit Metronidazol i.v. ein. Ergänzend erfolgte eine parenterale Ernährung. Insgesamt gestalte sich diese Ernährungsform als schwierig, da sich Fr. Gaedicke wiederholt die Portnadel zog. Es erfolgte zudem eine parenterale Flüssigkeitssubstitution wegen Exsikkose. Allmählich normalisierten sich Stuhlkonsistenz und -frequenz. Eine leichte Hypokaliämie substituierten wir durch Kalium-Gaben per os.

Bei Normalisierung der Vigilanz konnten wir die antibiotische Therapie auf Metronidazol per os umstellen.

Das Aufnahme-EKG zeigte eine Arrhythmia absoluta bei Vorhofflimmern (Erstdiagnose). Die Antikoagulation erfolgte während des Aufenthaltes mit niedermolekularen Heparin. Eine orale Antikoagulation lehnte die Patientin jedoch aktuell ab.

Am geplanten Entlassungstag erbrach die Patientin. Die Gastroskopie ergab eine Soorösophagitis. Eine antimykotische Therapie mit Nystatin leiteten wir ein.

Frau Gaedicke wurde am 07.08.2020 in stabilem Allgemeinzustand und mobilisiert in Ihre weitere hausärztliche Behandlung entlassen. Entlassungsgewicht: 43,2 kg.

Die Patientin stellte sich in Begleitung des Rettungsdienstes in unserer zentralen Notaufnahme bei rechtsseitigen Oberbauchschmerzen vor. Seit circa 3 Monaten bestünden rezidivierend Oberbauchschmerzen rechts, diese treten immer wieder anfallsartig auf. In der Nacht des Aufnahmetages gegen circa 04:00 Uhr morgens sei es besonders schlimm geworden, sie habe die Schmerzen nicht mehr aushalten können und daraufhin den Rettungsdienst alarmiert. Übelkeit und Erbrechen wurden in der Notaufnahme verneint, es bestünden keine Vorerkrankungen und keine Dauermedikation.

Im Verlauf berichtet die Patientin über eine Bewegungsabhängigkeit der rechtsseitigen Oberbauchschmerzen. Es wurde ebenfalls eine gürtelförmige Ausstrahlung in Richtung BWS beschrieben....ie stationäre Aufnahme der 60-jährigen Frau Malu erfolgte bei zunächst unklaren Oberbauchschmerzen rechts. Laborchemisch zeigte sich bei Aufnahme kein wegweisender Befund. Sonographisch fanden sich keine Zeichen einer Cholecystitis, es war keine Cholestase und kein Harnstau darstellbar. Auch eine Urinuntersuchung blieb unauffällig. Bei weiterhin unklaren Oberbauchschmerzen führten wir zur weiteren diagnostischen Abklärung eine Ösophagogastroduodenoskopie durch. Diese blieb bis auf eine leichte Refluxösophagitis und große axiale Gleithernie und wurde bei isoliert erhöhter AP durch eine Endosonographie ergänzt. Zeichen einer Choledocholithiasis fanden sich nicht. Unter symptomatischer Therapie mit Dipidolor, Novalgin und Buscopan besserten sich die Beschwerden allmählich. In der Laborkontrolle kam es zu einem Anstieg der Infektparameter. Eine CT-Untersuchung bei weiterhin unklaren rechtsseitigen Oberbauchschmerzen und unklarem Infektfokus ergab leichte pulmonale Infektzeichen basal rechts passend zu einer Pleuritis als Schmerzursache. Eine Therapie mit Ibuprofen in Kombination mit einem Magenschutz wurde eingeleitet. Bei rückläufiger Leukozytenzahl aber steigendem CRP-Wert empfehlen wir eine Laborkontrolle der Infektparameter am 02.07.2021 im ambulanten Bereich.

Bei unklarer isolierter Erhöhung der AP bestimmten wir Vitamin D. Das Ergebnis ist bei Entlassung noch ausstehend und wird nachberichtet.

Während des stationären Aufenthalts wurden wiederholt erhöhte Blutdruckwerte gemessen. Eine antihypertensive Therapie mit Ramipril wurde begonnen. Wir bitten um weitere Blutdruckkontrollen im ambulanten Bereich und ggf. um Anpassung der Therapie.

Die Patientin stellte sich selbständig in der Notaufnahme vor, da sie seit 5 Tagen keinen Stuhlgang abgesetzt hatte. Am Vortag sei sie beim Urologen gewesen wegen einem Gefühl der unvollständigen Blasenentleerung. Es wurde eine Einmalkatheterisierung durchgeführt und die Patientin habe Tropfen zum Abführen bekommen. Seit einigen Tagen habe sie wiederum ihre chronischen Rückenschmerzen, wodurch sie sich nicht viel bewegen konnte.

Leichte Bauchschmerzen im gesamten Abdomen, keine Übelkeit, kein Erbrechen, kein Fieber. Die Miktio sei die letzten Tage erschwert gewesen, der Urin sei nur tropfenweise gekommen, allerdings hätte keine Dysurie bestanden. Das Gewicht war stabil.

ie stationäre Aufnahme von Frau Amrhein erfolgte bei Koprostase, sowie Hypokaliämie und Hyponatriämie. Die Elektrolytstörungen deuteten wir im Rahmen einer Exsikkose sowie bei Einnahme von Torasemid und HCT. Das HCT wurde pausiert und wir substituierten intravenös Flüssigkeitssubstitution und Kalium. Darunter glichen sich die Elektrolyte aus. Das Lercanidipin setzten wir empirisch ab, da dies oft zu Obstipation führt. Unter Erhöhung der Ramiprildosis konnten hier gute Blutdruckwerte verzeichnet werden.

Zudem konnten wir die Patientin erfolgreich abführen und die Bauchschmerzen waren rückläufig. In der endoskopischen Untersuchung zeigte sich eine leichte Refluxösophagitis und einige hämorrhagische Erosionen im Magen. Wir empfehlen die Einnahme von einem PPI für 4 Wochen, danach symptomorientiert. In der Koloskopie konnte eine Stenosierung und ein Tumor ausgeschlossen werden. Wir empfehlen die dauerhafte Einnahme von Macrogol.

Nebenbefundlich wurde erneut ein Harnverhalt festgestellt und ein Dauerkatheter angelegt. Auf dringliche Nachfrage bestätigte die Patientin dann im Verlauf vor der Aufnahme auch mehrmals Brennen bei der Miktio bemerkt gehabt zu haben. Somit werteten wir dann den pathologischen Urinstatus und die positive Urinkultur doch als Harnwegsinfekt und setzten eine antibiotische Therapie mit Cefpodoxim für 7 Tage an. Bei Entlassung war der Urin hell und klar.

In Absprache mit dem behandelnden Urologen Dr. Mseddi entschieden wir uns zu folgendem Procedere: der Dauerkatheter wird liegen gelassen bis über mehrere Tage ein normaler Stuhlgang abgesetzt wird. Zusätzlich wurde Myocholin angesetzt. Dies kann bei guter Verträglichkeit

aufdosiert werden. Dann erst wird ein Auslassversuch über die Praxis Dr. Mseddi erfolgen. Diesbezüglich wird Patientin in den nächsten Wochen einen Termin ausmachen. Die Patientin wurde geschult den Dauerkatheter selbstständig zu leeren. Bei Entlassung war der Urin hell und klar.

Bei chronischen Rückenschmerzen setzten wir Novamin an und empfahlen eine orthopädische Vorstellung im Verlauf.

Die Patientin wurde uns zur Behandlung aus dem Bezirkskrankenhaus Lohr vorgestellt. Seit einigen Tagen bestünde Fieber bis 39° C. Seit dem 25.06.2021 wurde Piperacillin/Tazobactam verabreicht. Heute war die Temperatur dann erstmals nur subfibril bei 37,5° C. Die Patientin imponierte stark verschleimt, die Sauerstoffsättigung habe zeitweise nur bei 72 bis 77 % gelegen. Aktuell zeigte sich eine Sauerstoffsättigung vom 99 % mit Gabe von zwei Litern Sauerstoff pro Minute. Eine Eigenanamnese war aufgrund eines ausgeprägten Delir bei fortgeschrittener Demenz nicht möglich. Die Patientin wurde vor über zwei Wochen vollständig gegen SARS-CoV-2 geimpft...Die stationäre Aufnahme von Frau Spies erfolgte bei Pneumonie. Die bereits eingeleitete antibiotische Therapie mit Piperacillin/Tazobactam wurde hierorts fortgeführt. Zudem erhielt die Patientin Sauerstoff, Tavor und Hydromorphon s.c. bei Bedarf. Insgesamt lag bereits bei Aufnahme ein sehr reduzierter Allgemeinzustand bei der vorerkrankten Patientin vor. Es erfolgte Rücksprache mit der bevollmächtigten Tochter, die sich von Anfang an für ein zurückhaltendes konservatives Procedere aussprach, so dass wir auf eine intensivmedizinische Behandlung und invasive Massnahmen primär verzichteten. Auch eine parenterale oder PEG-Sonden-Ernährung wurde in der Patientenverfügung und von den bevollmächtigten Angehörigen strikt abgelehnt.

Da eine orale Aufnahme von Flüssigkeit, Medikamenten oder Nahrung nicht möglich war, substituierten wir auch Flüssigkeit intravenös. Unter der von uns durchgeführten Therapie stieg das Natrium an sodass wir Glukose-5% statt Jonosteril infundierten.

Da Patientin trotz breiter Antibiose (Piperacillin/Tazobactam und Clarithromycin) weiter fieberte setzten wir die antibiotische Therapie am 29.06.2021 ab. Es wurden erneut Blutkulturen entnommen, der Befund kann in einigen Tagen erfragt werden. Die Entzündungsparameter waren danach rückläufig, allerdings trat weiterhin Fieber auf. Wir vermuten eine virale Genese. Gegen SARS-CoV-2 ist Patientin bereits 2x geimpft. Insgesamt war der Allgemeinzustand reduziert, doch respiratorisch war die Patientin im Verlauf stabil. Sie hustete nicht mehr und war nicht mehr verschleimt. Die Sauerstoffsättigung war anhaltend über 90 %. ¶¶¶Wir konnten Patientin zur weiteren Therapie am 01.07.2021 zurück ins Bezirkskrankenhaus Lohr verlegen. Die Tochter wurde telefonisch informiert.

Wir bitten um Elektrolytkontrolle und bedarfsweise weitere Infusionstherapie. Patientin hat heute bereits 1000 ml Glukose-5 % bekommen. Tavor expidet 0,5 mg 1-1-1
Palladon s.c. 1 mg bei Unruhe/Atemnot/Angst
Clexane 0,4 mL 0-0-1 s.c.
Pause:
Folsan 5 mg 1-0-1 Fresubin
0-1-1 Kalinor retard
1-1-1 Melperon 25 mg 1-1-1 Olanzapin 5 mg
0-0-1 Sertralin 50 mg 0-0-1 Valproat 300 mg
1-0-½ Vigantoletten 1000 IE 1-0-0 Zopiclon
7,5 mg 0-0-0-1 Macrofol
1-0-0

Herr Wi.n stellte sich elektiv zur geplanten Koronarangiografie bei dringendem Verdacht auf stenosierender KHK bei Angina pectoris und symptomatischer Ergometrie vor. Sei teinigen Wochen habe er ein starkes Druckgefühl retrosternal, dies träte v. a. beim Laufen auf. Bei stehender körperlicher Belastung habe er dieses Druckgefühl noch nie verspürt. Vor 30 Jahren hatte er bereits ein ebenso thorakales Druckgefühl verspürt, dies sei jedoch im Rahmen einer

Obstipation aufgetreten. Bisher sei noch nie eine Koronarangiografie durchgeführt worden. Herr Wiedemann gibt Dyspnoe bei Belastung an, beim Treppensteigen über zwei Stockwerke müsse er meist eine kleine Pause einlegen.

Der Patient berichtet über teilweise auftretende Palpitationen, diese seien seit Jahren bekannt, mehrere Langzeit-EKGs seien vom Hausarzt veranlasst worden, diese seien jedoch ohne wesentliche pathologische Befunde gewesen.

Vegetative Anamnese: Gewichtsverlauf: 4 Kg Gewichtsverlust in 4 Wochen, gewollt. Stuhlgang/ Miktion: o. p. B.. Kein Nachtschweiß, kein Fieber, kein Husten oder Auswurf. Gewicht: 92 Kg. Größe 170 cm...

Die stationäre Aufnahme des 72-jährigen Herrn Wiedemann erfolgte zur geplanten Koronarangiografie bei dringendem V. a. stenosierende KHK bei Angina pectoris und symptomatischer Ergometrie. Laborchemisch zeigten sich bei Aufnahme keine Auffälligkeiten. In der Koronarangiografie fand sich letztendlich eine schwere koronare 3 Gefäßerkrankung, sodass die chirurgische Vorstellung zur Bypass-Operation empfohlen wird. Der Befund wurde mit dem Patienten besprochen und es erfolgte die Kontaktaufnahme zu den Kollegen der Herz-Thorax-Chirurgie der Universitätsklinik Würzburg.

Im Rahmen der präoperativen Diagnostik ließ sich eine mäßige restriktive Ventilationsstörung nachweisen. Abdomensonographisch zeigte sich kein Infektfokus, echokardiographisch ein mittelgradig dilatierter linker Ventrikel und rechter Vorhof sowie eine leicht- bis mittelgradige Aortenklappeninsuffizienz. Wandbewegungsstörungen oder eine eingeschränkte Pumpfunktion fanden sich nicht. In der Dopplersonographie waren die Halsgefäße ohne relevante Stenosen.

V. a. Divertikelblutung unter oraler Antikoagulation

LAA-Thrombus

paroxysmales VHF (ED 03/18)

- EHRA: I

- HAS-BLED-Score: 2

- CHA2DS2VASc-Score: 3

- Antikoagulation: aktuell mit Phenprocoumon; NOAK Therapie mit Lixiana bis 13.05.21; seit zweifacher gastrointestinaler Blutung 05/21 unter OAK keine Fortführung der OAK Therapie;

- frequenzkontrollierende Therapie: Beta Blocker

arterielle Hypertonie.

Die Vorstellung erfolgte mit dem Rettungsdienst. Herr L. habe am Morgen hellrotes Blut im Stuhl bemerkt. Teerstuhl habe er nicht gehabt. Die letzte Coloskopie sei vor 6-7 Jahren erfolgt und ohne pathologischen Befund gewesen. Er habe weder ungewollt an Gewicht verloren noch Bauchschmerzen gehabt. Er habe ab und zu eine Obstipationsneigung...Die stationäre Aufnahme erfolgte bei v.a. untere Gastrointestinalen Blutung unter Lixiana 60 mg 1-0-0. In der Oesophago-Gastro-Duodenoskopie zeigten sich keine Blutungszeichen, lediglich eine axiale Hiatushernie weniger als 3 cm oberhalb des Zwerchfells. In der Koloskopie zeigte sich Ab ano bis zum mittleren Colon transversum frischblutige Flüssigkeit, v. a. im Sigmabereich. Im Sigma wurden viele und große Divertikel gefunden, eine aktive Divertikelblutung konnte allerdings nicht beobachtet werden. In Zusammenschau der Befunde ist a. e. von einer vor kurzem stattgehabten Divertikelblutung unter oraler Antikoagulation auszugehen. Der Patient war während des Aufenthaltes hämodynamisch stabil und hatte keinen Transfusionsbedarf. Die orale Antikoagulation mit Lixiana wurde nach Aufnahme pausiert. Nach Sistieren der Blutung (keine Blutauflagerungen auf Stuhl mehr) wurde mit Eliquis begonnen und es zeigten sich hierunter stationär wiederholte Blutungen. Daraufhin wurde die Antikoagulation abgesetzt und zunächst eine Vorhofokklusion geplant. In der zur Planung durchgeführten Transösophagealen Echokardiographie zeigte sich jedoch ein LAA Thrombus. Deshalb wurde der Termin zur Vorhofokklusion an der Uniklinik Würzburg wieder abgesagt. Es wurde eine Therapie mit Phenprocoumon eingeleitet und zur Überbrückung Clexane stationär gegeben. Unter dieser Therapie sind keine weiteren Blutungen aufgetreten. Wir empfehlen eine Fortführung der Phenprocoumontherapie bis zum Kontroll-TEE und anschließende eine Neueinschätzung des Bedarfs einer Vorhofokklusion. Die Aufklärung für die TEE erfolgte bereits während des stationären Aufenthaltes.

Zur Rezidivprophylaxe der Blutung empfehlen sich Stuhlregulierende Maßnahmen. Bei Auftreten neuer Aspekte, insbesondere Gastrointestinale Blutungen, ist eine erneute ärztliche Vorstellung angeraten.

Wir konnten Herrn Lübke in stabilem internistischem Zustand am 22.05.21 in das häusliche Umfeld und ihre Weiterbehandlung entlassen.

.. Herr L. stellte sich elektiv zur geplanten transösophagealen Echokardiographie-Kontrolle bei Vorhofohrthrombus vor. Zuletzt war Herr Lübke bis 22.05.2021 stationär bei Divertikelblutung unter oraler Antikoagulation zunächst mit Lixiana. Im stationären Verlauf erfolgte eine Umstellung auf Eliquis, auch hierunter kam es während des letzten stationären Aufenthaltes zur weiteren unteren GI-Blutungen. Die Antikoagulationstherapie wurde daraufhin zunächst pausiert und eine Vorhofohrthrombose im Verlauf geplant. Im Rahmen der Untersuchungen wurde jedoch ein LAA-Thrombus festgestellt. Daraufhin wurde die Antikoagulation mit Marcumar begonnen. Nun erfolgt die Vorstellung zur transösophagealen Echokardiographiekontrolle und Planung des weiteren Procederes bezüglich einer möglichen Vorhofohrthrombose.

Seit der Entlassung habe der Patient keine Blutungszeichen gehabt, insbesondere wurde kein blutiger, oder schwarzer Stuhl abgesetzt. Eine Obstipationsneigung wird verneint. Das verordnete Makrogol habe er zuhause nicht einnehmen müssen.... Die stationäre Aufnahme des 80-jährigen Herrn L. erfolgte elektiv zur transösophagealen Echokardiographie-Kontrolle bei Vorhofohrthrombus links. Laborchemisch zeigte sich bei der Aufnahme ein International Normalized Ratio von 2,93, ansonsten ergaben sich keine wesentlichen Auffälligkeiten. In der transösophagealen Echokardiographie-Untersuchung konnte kein Thrombus mehr nachgewiesen werden.

Bei nicht mehr nachweisbarem Vorhofohrthrombus und im Vorfeld stattgehabter, zweimaliger unterer GI-Blutung unter Antikoagulation empfehlen wir im Verlauf eine Vorstellung zur geplanten Vorhofohr-Okklusion und Absetzen der Antikoagulationstherapie mit Marcumar im Verlauf. Zur Terminvereinbarung des geplanten Eingriffs wird der Patient von uns im Verlauf noch kontaktiert.

Der Patient stellte sich in rettungsdienstlicher Begleitung wegen aus der Ruhe plötzlich kolikartiger Schmerzen im Bereich der linken Flanke in unserer zentralen Notaufnahme vor. Die Schmerzen hätten bis in die Leiste gezogen. Der Patient berichtete zudem bei der Aufnahme über ein "komisches" Gefühl beim Wasserlassen. Fieber, eine Infektsymptomatik sowie Dyspnoe wurden bei Aufnahme verneint. Vorerkrankungen bestünden nicht. Ebenso keine Dauermedikation. Ähnliche Beschwerden habe Herr Neuf bisher noch nie gehabt, eine Nierenkolik sei bisher noch nie aufgetreten. In der Notaufnahme war der Patient nach Gabe von 2 g Novalgin sowie 2 Ampullen Buscopan durch den Notarzt beschwerdefrei und kreislaufstabil. Keine Allergien bekannt.

Vegetative Anamnese: Gewichtsverlauf und Appetit: stabil. Stuhlgang: unauffällig. Miktio: leichte Dysurie. Kein Nachtschweiß, kein Fieber, kein Husten oder Auswurf... Die stationäre Aufnahme des 26-jährigen Herrn Neuf erfolgte bei Verdacht auf Nierenkolik linksseitig. Laborchemisch zeigten sich bei der Aufnahme keine pathologischen Befunde. Im Urinstatus ließen sich Erythrozyten sowie Eiweiß im Urin nachweisen. Sonographisch fand sich kein Harnstau. Urinjets an den Ostien der Uretereintrittsstelle waren beidseits gut darstellbar. Nach Gabe von Novalgin und Buscopan war der Patient beschwerdefrei. Während des stationären Aufenthaltes traten zunächst noch Schmerzen im Bereich der linken Flanke auf. Eine sonographische Kontrolle zeigte weiterhin keinen Harnstau.

Im Verlauf besserte sich die Symptomatik jedoch deutlich,

Herr R.. stellte sich in Begleitung des Notarztes in unserer Notaufnahme vor. Er habe eine Flasche Ouzo getrunken und sei danach von seiner Frau im Bad sitzend gefunden worden.

Bewusstlosigkeit wurde verneint. Der Patient war beim Eintreffen des Rettungsdienstes ansprechbar, etwas verlangsamt, jedoch antwortete er adäquat und äußerte keine Beschwerden. Vor 9 Monaten sei eine kardiologische Untersuchung beim Kollegen Camerer jedoch noch unauffällig gewesen. Der Patient spüre zwar hin und wieder schnellen Puls, von Vorhofflimmern wisse er bislang jedoch nichts. Eine arterielle Hypertonie wird mit Olmesartan behandelt.... Der Patient wurde nach einem häuslichen Kollaps zu uns eingeliefert. Im EKG lag eine Tachyarrhythmie vor, nach Genuss einer Flasche Ouzo sahen wir zudem einen Blutalkoholspiegel von 3,5 Promille. Die intensivmedizinische Überwachung blieb bis auf die TAA unauffällig, zur Frequenzkontrolle wurde mit Metoprolol begonnen. Möglicherweise liegt bereits eine ethyltoxische Kardiomyopathie vor, nachdem der Patient nach eigenen Angaben bereits länger zuviel Alkohol trinke.

Eine echokardiographische Untersuchung zeigte sich bis auf das Vorhofflimmern unauffällig. Eine Rhythmuskontrolle mittels einer elektrischen Kardioversion wurde am 01.07.2021 durchgeführt, nachdem Thromben in den Vorhöfen mittels einer TEE ausgeschlossen wurde. Nach der Kardioversion lag wieder ein Sinusrhythmus vor. Die Patientin war postinterventionell

beschwerdefrei. Bei einem CHA2DS2VASc-Score von 1 Punkt empfehlen wir eine Therapie mit Rivaroxaban für 1 Monat.

Die aktuelle Therapie soll beim Hausarzt kontrolliert und ggf. umgestellt werden. Wir empfehlen auch eine Reduktion des Alkoholkonsums...

Herr Staab wurde zur invasiven Koronardiagnostik vorgestellt, weil eine chronische Belastungsdyspnoe zugenommen hatte und der Patient nun erheblich beeinträchtigt war. Bereits beim Gehen in der Ebene auf dem Weg vom Parkplatz in unsere Klinik habe er wegen Atemnot Pausen machen müssen. Angina pectoris wurde jedoch verneint. Eine koronare 3-Gefäßerkrankung war bekannt, 2009 war in Bad Neustadt eine Bypass-OP durchgeführt worden (LIMA auf RIVA, RIMA auf RMS1, ACVB auf RCA). Die letzte Herzkatheteruntersuchung hatte 2016 in Bad Neustadt stattgefunden, damals ohne Interventionsbedarf. Der Bypass auf die RCA war jedoch bereits damals verschlossen. Nun war beim Kollegen Dobler echokardiographisch eine geringe Verschlechterung der systolischen LV-Funktion mit apikaler Hypo- bis Akinesie vor allem septal und inferior aufgefallen, sodass der Verdacht auf eine ischämische Ursache der zunehmenden Dyspnoe bestand. Die letzte Myokardszintigraphie 2019 hatte nur eine geringe posterolaterale Ischämie gezeigt, damals konservative Therapie. Die letzte Schrittmacher-Kontrolle beim Kollegen Dobler am 14.4.2021 hatte eine regelrechte Funktion im VVI-Modus bei Vorhofflimmern ergeben, im Speicher damals 67 % rechtsventrikulärer Stimulationsanteil. Miktion und Stuhlgang seien unauffällig. Er habe aber in den letzten 3 Monaten circa 4 kg zugenommen... Bei progredienter Belastungsdyspnoe NYHA III konnte tatsächlich eine Progression der koronaren Herzkrankheit mit einer ca. 70 %igen exzentrischen RIVA-Stenose distal der Bypass-Insertion des intakten LIMA-Bypass diagnostiziert werden. Weil dieser Befund zur echokardiographisch aufgefallenen Wandbewegungsstörung passte, haben wir auf eine FFR-Messung verzichtet und sind die Stenose direkt interventionell angegangen. Der Befund wurde in gleicher Sitzung durch PTCA und Implantation eines DES interventionell saniert. Wir empfehlen eine duale Plättchenhemmung mit ASS für 1 Woche und Clopidogrel für 6 Monate, sowie die Fortführung der OAK mit Phenprocoumon.

Falls sich die Symptomatik nach Sanierung der RIVA-Stenose nicht bessern sollte, kann eine Systemumstellung auf einen biventrikulären Schrittmacher erwogen werden, da eine Asynchronie durch den stimulationsinduzierten LSB vorlag und ebenfalls Dyspnoe verursachen könnte.

Die postinterventionelle Überwachung gestaltete sich komplikationslos. Außer einem kleinem oberflächlichem Hämatom war die Einstichstelle an der Leiste reizlos, auch war ein Strömungsgeräusch nicht zu auskultieren.

Am 07.05.2021 konnten wir Herrn Staab in stabilem Allgemeinzustand nach Hause entlassen.

Herr S. wurde zur Systemumstellung von DDD-Schrittmacher auf einen biventrikulären Kardioverter-Defibrillator zugewiesen. Anfang Mai diesen Jahres hatten wir eine 70%ige mediale RIVA-Stenose distal der Bypass-Insertion eines LIMA-Bypass durch PTCA und DES-Implantation interventionell saniert. Dennoch persistierte die Belastungsdyspnoe des Patienten, so daß diese bei hochgradig eingeschränkter systolischer LV-Funktion nun auf die Asynchronie durch den stimulationsinduzierten Linksschenkelblock zurückgeführt wird. Herr Staab beklagt weiterhin Kurzatmigkeit bei geringer Anstrengung, die Stentimplantation habe ihm leider keine Besserung gebracht. Für diesen Fall hatten wir bereits im Mai die Umrüstung des Herzschrittmachers aus 2018 auf ein biventrikuläres System vorgeschlagen.

Echokardiographisch hat sich die systolische LV-Funktion trotz medikamentöser Herzinsuffizienztherapie und RIVA-Intervention in 05/2021 weiterhin verschlechtert und liegt nun bei einer EF von 30%. Aktuell konnte passend zur klinisch manifesten Herzinsuffizienz ein NT pro BNP-Spiegel von 1397 pg/ml gemessen werden. Weiterhin liegt ein breiter Stimulationsinduzierter Linksschenkelblock vor und in der Herzschrittmacherkontrolle zeigte sich aktuell eine durchgehende rechtsventrikuläre Schrittmacher-stimulation. Daher wurde die Indikation zur Systemumstellung vom Zweikammer-Schrittmacher auf einen biventrikulären Kardioverter-Defibrillator gestellt. ...Die aktuelle Aufnahme von Herrn Staab erfolgte elektiv zur Systemumstellung von einem Zweikammer-Schrittmacher auf einen biventrikulären Kardioverter-Defibrillator, nachdem wir bei chronischer Herzinsuffizienz auf dem Boden einer ischämischen Kardiomyopathie mit breitem Stimulationsinduziertem Linksschenkelblock die Indikation zur kardialen Resynchronisationstherapie in Kombination mit einer primärprophylaktischen ICD-Implantation gestellt hatten. Nach präoperativer Pausierung von Marcumar war die INR von > 3 auf 2,2 abgefallen, so daß wir die geplante OP am Aufnahmetag unter fortgeführter Plättchenhemmung mit Clopidogrel durchführen konnten. Überraschenderweise missglückte jedoch aufgrund widriger anatomischer Verhältnisse die transvenöse Platzierung einer

linksventrikulären Stimulationselektrode über den Koronarsinus, so daß wir ein CRT-D-Gerät der Firma Abbott mit einem Anschluss für eine bipolare LV-Elektrode wählten, um eine epimyokardial aufgenähte Patchelektrode nachrüsten zu können. Erwartungsgemäß beklagte der Patient auch postoperativ persistierende Belastungsdyspnoe, so daß wir einen zeitnahen Termin zur herzchirurgischen Nachrüstung der linksventrikulären Patchelektrode für den 04.07.2021 am Uniklinikum Würzburg vereinbarten. Die Antikoagulationstherapie wird bis zur operativen Behandlung mit Clexane subkutan bedeckt. Die Herzinsuffizienztherapie wurde umgestellt, indem das Ramipril mit Entresto ersetzt und Forxiga angesetzt wurde. Im Verlauf verbesserten sich die Beschwerden des Patienten, so daß wir ihn am 04.07.2021 in stabilen Allgemeinzustand in die Universitätsklinikums Würzburg verlegen konnten. Wir bedanken uns für die prompte Übernahme. Akutes Koronarsyndrom mit Linksschenkelblock unklaren Alters bei

Koronarer Dreifäßerkrankung

- Akut-PCI einer 90%igen proximo-medialen RIVA-Stenose mit PTCA und DES- Implantation
- verbliebene mittelgradige InStent-Stenose eines prox. RCX-Stents
- chronischer kollateralisierter RCA-Verschluss

Herr M.I wird uns mit dem Rettungsdienst in Begleitung des Notarztes aufgrund seit 2 Tagen bestehendem thorakalen Engegefühl vorgestellt. Außerdem bestehe im linken Arm ein ausstrahlender Thoraxschmerz begleitet durch Luftnot. Im EKG zeigte sich beim Eintreffen vom Notarzt ein Linksschenkelblock unklaren Alters. Nach notärztlicher Versorgung, vor allem durch Nitro und Morphin, berichtet der Patient über eine deutliche Besserung der Beschwerdesymptomatik. Diese seien jedoch bei der Vorstellung noch anhaltend. Der Patient berichtet weiterhin bei ihm sei eine Herzgefäßerkrankung bekannt aufgrund dessen er 3 Stents in der Vorgeschichte implantiert bekommen habe. Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Nikotinabusus, Familiäre Disposition und arterielle Hypertonie.

Herr Michel wohnt seit 2011 in einer stationären Einrichtung für Suchterkrankte aufgrund einer Alkoholabhängigkeit in der Vorgeschichte. Von der Einrichtung wird uns versichert, dass Herr Michel seit 2011 "trocken sei" und keinen Alkohol zu sich nimmt. Bekannter fortgeführter Nikotinabusus trotz mehrere Versuche aufzuhören. Bekannte COPD-Erkrankung ohne Heimsauerstofftherapie...Der Patient wurde wegen eines akuten Koronarsyndroms mit Linksschenkelblock unklaren Alters von der Notärztin zu uns eingeliefert. Wir stellten bei bekannter koronarer Herzerkrankung die Indikation zur sofortigen Koronarintervention. Passend zu den typischen klinischen Beschwerden konnte eine Progression der koronaren Herzkrankheit diagnostiziert werden. Als führenden Befund sahen wir eine 90%ige RIVA-Stenose am Übergang vom proximalen ins mediale Segment an, die ad hoc durch PTCA und Implantation eines Everolimus-freisetzenden Stents interventionell rekanalisiert wurde. Ein proximaler RCA-Verschluss ist kollateralisiert und ließ sich mit einem versuchsweise eingebrachten Fielder-FC-Draht nicht zwanglos passieren, so daß wir diesen Verschluss als chronisch ansahen und eine Rekanalisierung in der Akutsituation nicht erzwangen, zumal die Klinik nicht zu einer akuten Hinterwandischämie passte.

Wir empfehlen nun eine doppelte Plättchenhemmung mit ASS und Ticagrelor für 12 Monate. Außerdem sollte im Verlauf nochmals eine differenzierte Ischämiediagnostik erfolgen, um zu überprüfen, ob die verbliebene RCX-Instent-Stenose auch noch einer interventionellen Sanierung bedarf. Postinterventionell klagte der Patient über leicht anhaltenden thorakalen Druck begleitet von Luftnot. Laborchemisch waren die Herzenzyme

Eine konsequente Einstellung der Kardiovaskulären Risikofaktoren ist für den weiteren Krankheitsverlauf entscheidend. Mit dem Patienten wurde über eine absolute Nikotinkarenz gesprochen. Der HbA1C-Wert lag bei ... Während des stationären Verlaufs wurden physiologische Blutdruckwerte verzeichnet. Eine kardiologische ????? war vom Patienten nicht erwünscht. 48 Stunden nach der interventionellen Versorgung konnte Herr Michel auf die periphere Station verlegt werden

Der Patient wurde vom Rettungsdienstes in unsere Notaufnahme gebracht. Er berichtet über zunehmende Beinödeme seit gestern, daher erfolgte die Alarmierung des Rettungsdienstes. Bei dem Patienten ist eine ischämische Kardiomyopathie mit hochgradig eingeschränkter Pumpfunktion bekannt. Der Patient berichtet über seit 4 Wochen bestehende Geschmacksstörung. Ebenso berichtet er über eine seit 6 Monaten bestehende Sensibilitätsstörung im linken Oberschenkel. Bei dem Patienten wurde vor ca. 6-7 Wochen eine Koronarangiographie in Würzburg durchgeführt. Hier wurde auf eine Intervention bei fortgeschrittener COPD verzichtet....Die stationäre Aufnahme des im Hause gut bekannten Patienten erfolgte wegen einer rechtsführenden kardialen Dekompensation. Bei vorbekannt

hochgradig eingeschränkter linksventrikulärer Pumpfunktion stellten wir die antikongestive Therapie auf Entresto um, vorübergehend erhielt der Patient Furosemid intravenös. Die hochdosierte orale Cortisontherapie bei COPD wurde langsam reduziert und bei dem Patienten zeigten sich keine Verschlechterungen.

Im Vordergrund stand wie bereits im Voraufenthalt eine depressive Verstimmung im Rahmen der fortgeschrittenen und den Patienten stark lebensqualitativ einschränkenden kardiopulmonalen Erkrankungen. Nach konsiliarischer Vorstellung bei den Kollegen der Psychiatrie ergänzten wir die Dauermedikation um Pipamperon. Eine ambulante Gesprächstherapie wird vom Patienten derzeit abgelehnt.

Wir entliessen Herrn Müller am 18.06.20 in stabilem Allgemeinzustand in Ihre weitere ambulante Betreuung. Das verspätete Eintreffen des endgültigen Berichtes bitten wir zu entschuldigen....
COPD GOLD IV, ED 2009

- Lungenemphysem
- Sauerstoffheimtherapie seit 04/2018
- Fortgesetzter Nikotinabusus

Die Vorstellung erfolgt als Zuweisung in unsere Notaufnahme über den Rettungsdienst. Der Patient kommt von zu Hause.

Bei der Aufnahme berichtet er, nach der Entlassung am 18.06.2020 habe er sich in letzter Zeit gut gefühlt, seine Beine seien wieder schlank geworden. Prednisolon sei nach Schema, wie im letzten Aufenthalt empfohlen, ausgeschlichen worden. Letzte Einnahme vor circa einer Woche. Gestern Abend habe er zum ersten Mal wieder starke Atemnot erlitten, welche sich nach Inhalation besserte. Heute Abend habe sich die Atemnot wiederholt. Dieses Mal verspürte er keine Besserung auf die Inhalation.

Vegetative Anamnese: Gewichtsverlauf eher abnehmend. Aktuelle Körpergröße 175 cm, Appetit vermindert. Stuhlgang wenig aber regelmäßig. Laxanz Tropfen Einnahme bei Verstopfungsneigung. Miktion problemlos, kein Fieber...Die stationäre Aufnahme von Herrn Müller erfolgte wegen einer erneuten Exazerbation der vorbekannten COPD.

Laborchemisch zeigte sich kein wegweisender Befund, insbesondere keine erhöhten Infektparameter. Röntgenologisch ließ sich kein Infiltrat nachweisen.

Wir behandelten den Patienten mit einer Inhalationsbehandlung mit Salbutamol und Atrovent und erhöhten supportive die Oxycodon Dosis.

Hierunter besserte sich die Dyspnoe deutlich.

In der Nacht vom 21.08.2020 stürzte der Patient. Er gab an, nach dem Aufstehen ausgerutscht zu sein. Außer einer Schürfwunde am rechten Unterarm und einer kleinen Wunde am Kopf waren keine weiteren Verletzungszeichen erkennbar, insbesondere gab der Patient keine Beschwerden an und es bestanden keine neurologischen Ausfälle.

Der weitere stationäre Verlauf war unauffällig.

Wir entlassen Herrn Müller am 24.08.2020 in stabilem Allgemeinzustand aus unserer stationären Behandlung.

Entlassungsgewicht 58,5 Kilogramm.

Breitbasiger Polyp in der re. Flexur und
3 Polypen im Sigma

- Zangenektomie eines Darmpolypen und
- Schlingenabtragung von 3 Darmpolypen
- Histologisch: 1 hyperplastischer Polyp und 3 tubuläre Adenome

die Vorstellung erfolgt elektiv zur Koloskopie. In der letzten Koloskopie von 09/2018 wurde ein breiter flacher Polyp im Kolon festgestellt. Aufgrund einer Sigmastenose konnte damals der Polyp mit dem Koloskop abgetragen werden, da die Engstelle nicht passierbar war...Die elektive Aufnahme von Frau Tauberschmitt erfolgte zur endoskopischen Abtragung eines breitbasigen Polyp in der rechten Kolonflexur.

Im Rahmen der Koloskopie am 29.11.2019 erfolgte die Zangenektomie des breitbasigen Kolonpolypen sowie eine Schlingenabtragung von 3 weiteren Polypen im Sigmabereich. Histologisch handelt es sich um 1 hyperplastischen Polypen und 3 tubuläre Adenome. Der postinterventionelle Verlauf gestaltete sich komplikationslos, sodaß wir die Patientin am 30.11.2018 in gutem Zustand in Ihre hausärztliche Versorgung entlassen konnten.

Bei dem bekannten permanenten Vorhofflimmern ist derzeit die Marcumartherapie pausiert und die Patientin ist mit Clexane gewichtsadaptiert vollantikoaguliert. Eine Remarcumarisierung sollte in der nächsten Zeit beim Hausarzt erfolgen.

....Die aktuelle Aufnahme von Herrn Brönnner erfolgte bei Sepsis unklarer Genese. Der Patient wurde auf unsere Intensiv zur nicht invasiven Beatmung aufgenommen. Laborchemisch zeigten sich erhöhte Entzündungsparameter, ein akutes Nierenversagen sowie ein NT-proBNP von 38.453 pg/ml. Das Eplerenon, Atorvastatin, Metformin und Xelevia wurden pausiert. Da der Patient sich klinisch eher exsikkiert zeigte, leiteten wir langsam eine intravenöse Flüssigkeitssubstitution ein. Mittels einer Urinprobe konnten wir einen Harnwegsinfekt ausschließen. Röntgenologisch zeigten sich Zeichen einer Pneumonie und zentraler Stauung. Wir gehen für eine nosokomiale Pneumonie aus als Genese der Infekt und begannen mit einer kalkulierten antibiotischen Therapie mit Piperacillin/Tazobactam. Hierunter kam es zu einer Stabilisierung der Vitalparameter und Herr Brönnner konnte auf unsere normale Station verlegt werden. Während des Aufenthaltes hatte der Patient normaler Stuhlgang und ernährte sich adäquat. Unter der o.g. Therapie kam es auch zu einem adäquaten Rückgang der Infektwerte und Nierenretentionsparametern. Die pausierten Medikamente außer des Eplerenon konnten wieder angesetzt werden. Nach 7 Tagen des Antibiotikums konnten wir die Therapie absetzen. Wir empfehlen regelmäßige Kontrolle der Nierenwerte im ambulanten Bereich und ggf. Umstellung der aktuellen Therapie.

Koronare 3 Gefäßerkrankung mit hochgradiger proximaler RMS Stenose

- PTCA only proximaler RMS am 01.07.2021
- unauffällige FFR Messung RIVA am 01.07.2021 bei verbliebener höhergradiger

medialer Stenose

- RCA Rekanalisation mit PTCA und 1 DES am 14.05.2021
- RIVA Rekanalisation mit PTCA und 3 DES, PTCA + 1 DES Rd1 am 17.05.2021

Herr Eirich stellte sich elektiv zur Durchführung einer Koronarangiographie zur RMS PCI und FFR-Messung des RIVA vor. Der Patient war vor einem Monat aufgrund eines NSTEMI im Rahmen einer 3-Gefäßerkrankung bei uns in Behandlung.

Damals wurde die RCA und der RIVA mittels PTCA und Stentimplantation rekanalisiert. Der Patient habe aktuell keine Dyspnoe oder pektanginöse Beschwerden.

Der Patient sei aktuell sehr traurig und weinte während der Anamnese, da er vor wenigen Wochen seine Frau verloren habe, als er in der Reha war. Er fühle sich sehr belastet und wünsche sich eine Aussprache...ie aktuelle Aufnahme von Herrn Eirich erfolgte elektiv einen Tag vor der geplanten Coronarangiographie aufgrund erhöhter Nierenretentionsparameter zur Vorbehandlung vor Kontrastmittelexposition.

Im Rahmen der Untersuchung wurde eine 80 % ige Stenose des RMS mittels PTCA only behandelt, aufgrund des doch sehr schmalen Gefäßkalibers wurde auf eine Stentimplantation verzichtet. Die verbliebene kurze mediale RIVA Stenose erwies sich in der FFR Messung als hämodynamisch nicht relevant, sodass der Therapieansatz hier konservativ verblieb. Wir empfehlen die Fortführung der dualen Thrombozytenaggregationshemmung wie gehabt bis 05.2022. Die Nierenwerte waren nach der Untersuchung stabil. Die postinterventionelle Überwachungsperiode verlief komplikationslos. Wir empfehlen regelmäßige klinische Kontrollen und eine konsequente Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren.

Bei zunehmender, psychosomatischer Komponente aufgrund des Verlustes der Ehefrau empfehlen wir psychologische Unterstützung im ambulanten Bereich.

Am 02.07.2021 konnten wir Herrn Eirich in stabilem Allgemeinzustand in Ihre weitere Behandlung entlassen.

Globale, kardiale Dekompensation bei chronischer Herzinsuffizienz (HFrEF)

- NYHA III, NT-proBNP 41056 pg/ml

Akut auf chronisches Nierenversagen

- chronische Niereninsuffizienz IIIa

Große abdominelle Raumforderung, unklarer Dignität

- V.a. Kystom des Uterus, DD Adnex-Tumor

Eisenmangelanämie

- orale Eisensubstitution

Frau Tau stellte sich Einweisung vom Hausarzt in unserer Notaufnahme vor. Die Patientin berichtete, sie habe seit einiger Zeit zunehmende Beinödeme, vor allem im Oberschenkel. Pektanginöse Beschwerden, sowie Dyspnoe wurden verneint. Bei der Patientin war eine Herzinsuffizienz, sowie eine COPD bekannt. Das Abdomen war prall, sei aber laut der Patientin nicht größer geworden.

Letzte Woche sei die Patientin beim Hausarzt gewesen, dort wurde Blut abgenommen und es wurde festgestellt, dass die Nierenwerte schlechter geworden seien.

Die Patientin habe 3 x Lasix intravenös bekommen, die Beschwerden seien jedoch nicht besser geworden. Die Patientin rauche und trinke ab und zu Alkohol... Die aktuelle Aufnahme von Frau Tauberschmitt erfolgte aufgrund einer globalen, kardialen Dekompensation. Laborchemisch zeigten sich erhöhte Nierenretentionsparameter, sowie ein NT-proBNP über 40 000 pg/ml. Röntgenologisch zeigte sich eine kardiale Hypertrophie mit Zeichen der Stauung. Wir leiteten eine forcierte, diuretische Therapie mittels Furosemid ein sowie eine 2-Tägige Therapie mit Xipamid. Aufgrund der erhöhten Nierenretentionsparameter reduzierten wir die Dosis von Apixaban und setzen das Enalapril ab. Die Nierenparameter blieben unter der diuretischen Therapie stabil und sollten ambulant weiter kontrolliert werden, ggf. sollte eine nephrologische Anbindung erfolgen. Echokardiographie zeigte eine mittel- bis hochgradig eingeschränkte linksventrikuläre Auswurfleistung bei globaler Hypokinesie, welches im Vergleich zur Voruntersuchung eine deutliche Verschlechterung darstellte.

Sonographisch sahen wir im Abdomen eine große Raumforderung im Mittelbauch mit soliden und liquiden Anteilen. Zur Ergänzung des Befundes führten wir ein CT-Abdomen durch. Mittels der Untersuchung sahen wir einen großen, vermutlich gynäkologischen Tumor (s. Befunde). Ein Termin in der Frauenklinik der Universitätsklinik Würzburg wurde für den 05.07.2021 um 14:15 Uhr vereinbart.

Laborchemisch zeigte sich auch die bekannte hypochrome mikrozytäre Anämie, die im Rahmen einer Eisenmangelanämie zu bewerten ist. Bei einer deutlich erniedrigten Transferrin-Sättigung von 4 % und Eisen im Blut von 18 µg/dl gaben wir einmalig Ferinject. Die weitere Einnahme von Ferrosanol ist fortzuführen.

Formell sahen wir aufgrund der deutlichen Verschlechterung der LVEF die Indikation für eine Coronarangiographie als notwendig, jedoch sollte der Tumor und das weitere Vorgehen zuerst abgeklärt werden. Im Verlauf kann eine stationäre Termin durch Sekretariat unseres Krankenhauses zur weiteren kardiologischen Behandlung vereinbart werden.

Da Frau Tauberschmitt aufgrund persönlicher Gründe vor dem Wochenende entlassen werden wollte, wurde sie am 02.07.2021 in stabilem Allgemeinzustand in Ihre ambulante Betreuung entlassen.

Entlassgewicht: 60,3 Kilogramm

Invasiver Ausschluss einer stenosierenden KHK

Tachymyopathie mit Herzinsuffizienz NYHA III auf dem Boden einer TAA

- HFrEF, EF 31%
- Pleuraerguss rechts, Punktion am 29.06.2021

Persistierendes Vorhofflimmern mit unzureichender Frequenzkontrolle

- Vorhofflimmern-Erstdiagnose 04/2020 bei TAA mit erfolgreiche Elektrokardioversion

04/2020

- Rezidiv von Vorhofflimmern seit 06/2020
- CHA2DS2VASc-Score von 5 Punkten, orale Antikoagulation mit Rivaroxaban
- Frequenzkontrolle mit Bisoprolol, frustraner Therapieversuch mit Herzglykosiden in

10/2020

- Tachymyopathie mit mittelgradig reduzierter systolischer LV-Funktion 02/2020 (LVEF 30 - 40 %)

Frau H. kam elektiv zur invasiven Diagnostik bei progredienter Belastungsdyspnoe NYHA III. Angina pectoris wurde verneint. Nach einer erfolgreichen Kardioversion im April 2020 war es nach wenigen Wochen zu einem Rezidiv des Vorhofflimmerns gekommen. Weil die Patientin trotz der von uns begonnenen Bisoprolol Therapie noch tachyarrhythmisch war, sei im Oktober 2020 ein Therapieversuch mit Digitalis durchgeführt worden. Allerdings hätte sie das Medikament nach 6 Wochen wegen „Vergiftungserscheinungen“ wieder absetzen müssen. Seit Ende Februar war zur Behandlung der Herzinsuffizienz dann anstelle von Ramipril nun Entresto eingesetzt worden,

sowie zur Entwässerung ½ Tablette Torasemid, die dann im März auf 1½ Tabletten gesteigert worden sei. Hierunter habe die Patientin 4 kg an Gewicht verloren. Ab Juni habe sie daraufhin wieder ½ Tablette Torasemid eingenommen, die Dosierung ist der Patientin nicht Erinnerung. Unter Entresto sei es außerdem zu niedrigem Blutdruck gekommen, daher war eine weitere Steigerung der Entresto-Dosis nicht möglich gewesen. Wegen chronischer Beinödeme gehe die Patientin weiterhin regelmäßig zur Lymphdrainage. Miktion: Harninkontinenz, keine Dysurie. Defäkation: Zuletzt breiig, wechselnde Frequenz. Appetit seit ca. 4 Wochen reduziert. Gewichtsverlauf: Durch Steigerung von Torasemid zunächst abgenommen, die letzten Tage erneut zugenommen. Keine B-Symptomatik...Die stationäre Aufnahme von Frau H. erfolgte elektiv zur invasiven Diagnostik bei V.a. eine ischämische Kardiomyopathie. Eine stenosierende KHK konnte erfreulicherweise als Ursache der Herzinsuffizienz invasiv ausgeschlossen werden, so daß doch die klinisch bereits postulierte Tachymyopathie auf dem Boden der schon länger bestehenden Tachyarrhythmie als führendes Problem angesehen werden musste. Initial war die Coronarangiographie ambulant geplant. Auch am Tag der Untersuchung lag die Herzfrequenz noch > 120/min, klinisch bestand eine Belastungsdyspnoe NYHA III und weiterhin lagen Beinödeme und ein Pleuraerguss vor, so dass Frau H. zur Frequenzkontrolle und kardialen Rekompensation stationär aufgenommen wurde. Wir pausierten das Torasemid und begannen eine forcierte intravenöse Diurese mit Furosemid, hierunter konnte die Patientin deutlich negativ bilanziert und 7 Kilogramm mobilisiert werden. Zur frequenzkontrollierenden Therapie steigerten wir die Dosierung von Bisoprolol und begannen erneut eine intravenöse Aufsättigung mit Digitoxin, hierunter normalisierte sich die Herzfrequenz. Entresto war bereits ambulant gesteigert worden und aufgrund von Hypotonie wieder reduziert worden. Wir behielten die Dosierung 24/26 mg bei. Im LZ-EKG zeigte sich das bekannte Vorhofflimmern, jedoch auch eine ausreichende Frequenzkontrolle. In einer sonografischen Kontrolle am 28.06.2021 zeigte sich weiterhin ein punktionswürdiger Erguss rechtsseitig es erfolgte eine einmalige Punktion von 1700 ml bernsteinfarbenem Erguss, laborchemisch entspricht dies einem Transsudat. Da es sich um einen einseitigen Erguss handelt ist eine Korrelation mit der Herzinsuffizienz nicht zwanglos gegeben. Der zytologische Befund zeigte sich unauffällig.

Während des Aufenthaltes kam es zu starken Schmerzen am linken großen Zeh sowie Rötung und Schwellung. Die Harnsäure zeigte sich erhöht. Wir gehen von einem Gichtanfall im Rahmen der Entwässerung aus. Eine 3-tägige Therapie mit Prednisolon wurde von uns eingeleitet. Darunter verbesserten sich die Symptomen der Patientin deutlich.

Chronische Herzinsuffizienz, HFmrEF (HFmpEF)

- bei ischämischer Kardiomyopathie
- aktuell: leichtgradig reduzierte LV Funktion

Tachykard übergeleitetes Vorhofflattern, persistierendes Vorhofflimmern, ED 03/2021

- erfolgreiche elektrische Kardioversion am 02.07.2021
- CHA2DS2-VASc-Score: 5
- orale Antikoagulation mit Apixaban

Die Vorstellung von Herrn H. erfolgte elektiv als Einweisung durch die Hausarztpraxis zur echokardiografischen Kontrolle mit Überprüfung der Indikation einer ICD-Implantation. Der Patient war im März 2021 bei uns stationär. Es hatte sich echokardiografisch eine hochgradig eingeschränkte LVEF < 30 % gezeigt. Die Coronarangiographie am 30.03.2021 ergab kein sinnvolles Interventionsziel. Zur Optimierung der antikongestiven Therapie wurden Entresto und ein Aldosteron-Antagonist neu verordnet. Herr H. ke berichtete bei der Aufnahme, er fühle sich aktuell sehr wohl. Es bestünden keine Atembeschwerden in Ruhe oder bei Belastung (bei der Gartenarbeit). Keine Angina-pectoris-Symptomatik. Keine Beinödeme. Er könne flach liegen. Alle Tabletten habe er nach Plan eingenommen, auch heute früh.

Der Patient war vollständig Corona-geimpft (05.05. und 16.06.2021 BioNTech Comirnaty).

Vegetative Anamnese: Stabiler Gewichtsverlauf seit 03/2021, aktuelles Körpergewicht 77 kg, Körpergröße 171 cm, Appetit gut, Stuhlgang normal, Miktion häufig, Nykturie 1x/Nacht, kein Nachtschweiß, kein Fieber, kein Husten.

Hausmedikation: Eliquis® 5 mg 1-0-1, Nebivolol 5 mg 2-0-0, Digitoxin 0,07 mg 1-0-0, Entresto 24/26 mg 1-0-1, Eplerenon 25 mg 1-0-0, Torasemid 10 mg 1-0-0, Felodipin 5 mg 1-0-0, Allopurinol 300 mg ½-0-0...Die stationäre Aufnahme von Herrn H. erfolgte zur echokardiografischen Kontrolle und Überprüfung einer möglichen ICD-Implantation bei vormals diagnostizierter (03/21) hochgradig reduzierter systolischer LV-Funktion.

Die antikongestive Therapie war damals durch Entresto und Eplerenon erweitert worden, worunter der Patient Beschwerdefreiheit erlangte.

Aktuell zeigte sich im Aufnahme-EKG eine regelmäßige Schmal-komplex-tachykardie mit HF bis 135/min., am ehesten einen tachykard übergeleiteten Vorhofflatterns entsprechend. Da unter einer Betablockade und Digitalis keine zufriedenstellende Frequenzkontrolle gelang, wurde am 02.07.2021, nach transösophageal-echokardiografischem Ausschluss eines intrakardialen Thrombus, erfolgreich eine elektrische Kardioversion durchgeführt.

Die anschließende Echokardiografie ergab eine deutliche Besserung der systolischen linksventrikulären Funktion, sodass aktuell keine Indikation zur ICD Implantation vorlag. Wir empfehlen die Fortführung der antikongestiven Therapie wie gehabt. Der Patient sollte ambulant kardiologisch angebunden werden.

koronare 3-Gefäßerkrankung

- Koronarangiografie vom 30.06.2021, Klinikum Main-Spessart, Lohr:
- Z. n. zweimaliger Stent-Implantation in den RIVA 01/08 und 01/12
- ACVB-OP (LIMA auf RIVA, RIMA auf RCA, VB auf RMS) 07.20, UKW
- LC Stamm: hochgradige distale Stenose
- RIVA: WUR, hochgradige proximale Stenose, bricht medial ab bei Pendelfluss, Rd1 mit hochgradiger - subtotaler proximaler Stenose bei kleinen Diameter (kein Interventionsziel)
- RCX: WUR, hochgradige distale Stenose bei schmalen Gefäßkaliber, RMS im Abgang verschlossen
- RCA: WUR, 60 %ige Stenosen proximal, medial, 80 %ige Stenose medio- distaler

Übergang

- Bypassdarstellung:
 - LIMA in situ auf RIVA: offen und kompetent
 - RIMA in situ auf RCA: offen und kompetent
 - Venenbypass auf RMS: offen und kompetent

Die Vorstellung erfolgte elektiv als Einweisung durch die behandelnde kardiologische Praxis Dres. Sc.er/Scherpf zur Beurteilung Progress KHK/Herzinsuffizienz. In der echokardiographischen Kontrolle am 25.05.2021

(Dr. Sc.f) hatte sich im Vergleich zur Voruntersuchung vom Februar 2021 echokardiographisch eine deutliche Verschlechterung der systolischen linksventrikulären Funktion gezeigt (höhergradig eingeschränkt, EF ca. 30 %). Zudem hatte sich eine im Vergleich zur Voruntersuchung progrediente pulmonale arterielle Hypertonie gezeigt bei zunehmender systolischer rechtsventrikulärer Funktionseinschränkung. Die antikongestive Therapie war durch eine Diuretikum erweitert worden. Aktuell soll im Rahmen der echokardiographischen Kontrollen über die Indikation einer primär prophylaktischen AICD-Implantation entschieden werden.

Der Patient berichtet bei der Aufnahme über die Bypass-Operation am 13.07.2020 in der Uniklinik Würzburg. Eine erste kardiologische Kontrolle 02/2021 sei zufriedenstellend ausgefallen. Ca. ab 04/2021 seien Beschwerden aufgetreten in Form von Wassereinlagerungen in den Beinen und Atembeschwerden nach dem Essen. Bei der kardiologischen Kontrolle 05/2021 sei ein Diuretikum neu verordnet worden, worunter er von ca. 95 kg ca. 3 kg abgenommen habe. Die Beinödeme hätten sich vollständig zurückgebildet, ebenso bestünde nun keine Atemnot mehr in Ruhe, beim Gehen oder beim Treppensteigen, ebenso keine Angina pectoris-Symptomatik....Die stationäre Aufnahme von Herrn Reuter erfolgte elektiv zur koronarangiografischen Kontrolle bei Verdacht auf Progress der KHK bei Verschlechterung der systolischen linksventrikulären Funktion (LVEF) und zur echokardiografischen Überprüfung der Indikation einer AICD-Implantation.

In der Koronarangiografie am 30.06.2021 zeigten sich erfreulicherweise alle Bypässe offen und kompetent und es ergab sich kein neues Interventionsziel.

Die Echokardiografie ergab eine hochgradig eingeschränkte LVEF. Wir pausierten Ramipril, um die antikongestive Therapie durch Hinzunahme von Entresto zu optimieren. Entresto wurde ab 02.07.2021 abends gegeben. Die Eplerenondosis erhöhten wir durch nun tägliche statt zweitäglicher Gabe. Die neue Medikation wurde gut toleriert, die Blutdruckwerte zeigten sich stabil...itte Entrestodosis bei guter Verträglichkeit nach 2 Wochen steigern auf 49/51 mg 1-0-1. Nach maximaler antikongestiver Therapie stationäre Echokardiografie-Kontrolle in 3 Monaten, ggf. ICD-Implantation.

Akut auf chronisches Nierenversagen prärenal Genese

- Hyperkaliämie

Hyperglykämische Entgleisung bei bekanntem Diabetes mellitus Typ 2

Herr y wird uns mit dem Rettungsdienst in Begleitung des Notarztes aufgrund einer hyperglykämischen Entgleisung in unsere Notaufnahme gebracht. Am Vorstellungstag habe der Blutzucker am Morgen bei über 500 mg/dl gelegen. Daraufhin habe Herr Lichtneckert Insulin nach seinem Insulinschema vom Pflegepersonal gespritzt bekommen. Hiernach lag der Blutzuckerwert bei Ankunft des Notarztes bei 209 mg/dl. Der vom Notarzt gemessene Blutdruck lag bei 70/40 mmHg. Vom Pflegepersonal wird zudem über einen Präkollaps berichtet. Bei dem Patienten ist eine chronische Niereninsuffizienz bei bekannter diabetischer Nephropathie Stadium IV bekannt. Durch den Hausarzt war am 17.06.2021 Spironolacton, am ehesten im Rahmen der Herzinsuffizienz-Therapie, angesetzt worden. Bei der Aufnahme ist der Patient ansprechbar und kreislaufstabil, er äußert bei bekannter Demenzerkrankung keine Beschwerden...Die stationäre Aufnahme von Herrn y erfolgte wegen eines akut auf chronischen Nierenversagens mit medikamenteninduzierter arterieller Hypertonie, sowie Präkollaps bei Akkumulation. Laborchemisch zeigte sich eine Verschlechterung der Nierenretentionsparameter mit einer Hyperkaliämie von 6,7 mmol/l und einem Harnstoff um 290 mg/dl. Sonografisch zeigte sich kein Anhalt für einen Volumenmangel und auch kein Anhalt für eine postrenale Genese des Nierenversagens. Die nephrotoxischen Medikamente wurden pausiert und die Hyperkaliämie ausgeglichen.

Im Verlauf besserten sich die Nierenretentionsparameter mit einer verbliebenen chronischen präterminalen Niereninsuffizienz.

Aufgrund eines stationär stattgehabten Delir wurde Melperon zur Nacht verordnet. Hier war der Patient über zwei Tage teilnahmslos und übermüdet, so dass wir hier am ehesten von einem Melperonüberhang bei dem akut auf chronischen Nierenversagen ausgehen. Nach Reduktion der Melperon-Bedarfsmedikation besserte sich die Vigilanz des Patienten im Verlauf.

Pneumonie links

Hyperglykämie Entgleisung bei Diabetes mellitus Typ 2 bei Pneumonie

Exsikkose mit konsekutivem akut auf chronischen Nierenversagen

Normochrom, normozytäre Anämie a.E. renaler Genese

- parainfektios aggraviert

Herr aat kam zu uns mit dem Rettungsdienst aus dem Pflegeheim bei einem hyperglykämisch entgleistem Diabetes mellitus Typ 2. Eine Eigenanamnese war aufgrund der fortgeschrittenen Demenz unmöglich. Laut Pflegepersonal sei der Patient im Heim somnolent geworden. Der Blutzucker sei nicht messbar gewesen, so dass der Rettungsdienst alarmiert wurde. Beim Eintreffen in unserer Notaufnahme war der Patient wach, teilweise aggressiv gegenüber dem Personal. Er war erst vor zwei Monaten wegen Pneumonie im Krankenhaus behandelt worden. Er sei vollständig gegen SARS-CoV-2 geimpft.....Wir nahmen ccc bei Pneumonie links und hyperglykämischer Entgleisung seines Diabetes mellitus Typ 2 stationär auf. Zudem lag klinisch eine Exsikkose vor sowie ein konsekutives akut auf chronisches Nierenversagen vor. Wir substituierten intravenös Flüssigkeit und leiteten eine kalkulierte Antibiose mit Ampicillin/Sulbactam ein. Eine Infektion mit SARS-CoV-2 konnte ausgeschlossen werden. Unter dieser Therapie blieb Patient subfebril und stiegen die Entzündungswerte an, so dass wir die Antibiose auf Piperacillin/Tazobactam eskalierten. Darunter kam es zu einer Besserung des Allgemeinzustandes, der Nierenretentions- und Entzündungsparameter.

Nach der initialen Korrektur des Blutzuckers, zeigte Patient hier immer wieder eher hypoglykämische Werte, so dass wir nun erneut das schon im Voraufenthalt empfohlen Insulinschema mit reduzierten Dosen etablierten. Wir bitten um regelmässige Blutzuckerkontrollen und ggf. weitere Anpassung der Insulindosis im Verlauf.

Nebenbefundlich zeigte sich eine leichte Verschlimmerung der bekannten normochrom, normozytären Anämie. Wir gehen primär von einer renal bedingten Anämie mit parainfektioser Aggravierung aus. Wir bitten daher um Kontrolle des Blutbildes und wenn gewünscht weitere Anämieabklärung im Verlauf.

Schon im initialen Röntgen Thorax wurde eine Stauung der Lungengefäße beschrieben. Zusätzlich dazu nahm Patient im Verlauf leicht zu, jedoch ohne klinische Zeichen einer schweren kardialen Dekompensation. Wir erhöhten die Torasemiddosis und bitten um regelmässige Gewichtskontrollen im Verlauf.

Ambulant erworbenen Pneumonie links

Akut prärenale auf chronische Niereninsuffizienz

Der Patient wurde mit dem Rettungsdienst aus dem Pflegeheim wegen Dyskrinie vorgestellt. Eine Eigenanamnese war wegen fortgeschrittener Demenz nicht möglich. Der Patient war entsprechend der Einweisung deutlich verschleimt. Laut Überleitungsbogen bestand seit gestern ein bronchiales Brodeln, das Laufen sei schwieriger gewesen. Er erhielt vom Hausarzt Torasemid. Gegen SARS-CoV-2 wurde Herr Lichtneckert bereits geimpft... Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen Pneumonie links sowie akut auf chronischem Nierenversagen bei Exsikkose.

Klinisch wirkte Hruuu sehr exsikkiert, sodass wir trotz radiologischem Nachweis einer Lungenstauung uns für eine Flüssigkeitssubstitution entschieden. Wir pausierten ferner die nephrotoxische Medikation. Zudem wurde eine kalkulierte Antibiose mit Ampicillin/Sulbactam eingeleitet, die im Verlauf auf Amoxicillin/Clavulansäure oralisiert werden konnte.

Unter diesen Maßnahmen verbesserte sich der Allgemeinzustand des Patienten rasch und im Verlauf waren auch Entzündungsreaktion sowie wie Niereninsuffizienz rückläufig. Nebenbefundlich zeigte sich die Creatinkinase erhöht, was wir als Folge des Hustens deuteten. Letztere war im Verlauf ebenfalls rückläufig.

Wir reduzierten zudem das lang wirksame Insulin und passten das Apidra-Schema an, da der Patient hier zu Hypoglykämien neigte. Wir konnten Hyy am 27.03.2021 in stabilem Allgemeinzustand zurück ins Pflegeheim entlassen.

Der Patient war mit Apixaban antikoaguliert. Aus den Vordiagnosen und der telefonischen Information Ihrer Praxis war uns dazu keine Indikation ersichtlich. Wir bitten daher dies zu prüfen und ggf. die Therapie zu beenden.

Der SARS-CoV-2 PCR-Test vom 24.03.21 war negativ.

Nach Entlassung zeigte sich der Zimmernachbar des Patienten unerwartet positiv auf SARS-CoV-2. Somit muss Hr. cc als Kontaktperson 1 gelten und muss entsprechend isoliert werden. Das Pflegeheim und das Gesundheitsamt wurden von uns am Nachmittag des 27.03.2021 telefonisch hierrüber benachrichtigt. Weitere Angaben werden vom Gesundheitsamt erfolgen.

Erysipel linker Unterschenkel

Koronare 1-Gefäßerkrankung

- normale LV-Funktion 30.06.2021
- Koronarangiografie vom 08.09.19:
 - LC Stamm: glatt, keine Stenose
 - RIVA: WUR, proximal und medial ca. 50 %ige Stenose
 - RIM: WUR, keine Stenose
 - RCX: WUR, keine relevante Stenose
 - RCA: WUR, keine relevante Stenose
 - FFR RIVA 0,87

V.a. Obesitas-Hypoventilationssyndrom

Der Patient stellte sich mit Einweisung vom Hausarzt bei Fieber und Schüttelfrost und V. a. Erysipel in unserer zentralen Notaufnahme vor. Der Patient selbst gab an, er sei am Vortag in einem Restaurant gewesen und habe plötzlich Schüttelfrost verspürt. Gleichzeitig sei Dyspnoe neu aufgetreten. Zudem habe er seit dem Vortag eine Rötung im Bereich einer bereits vorbekannten offenen Stelle im Bereich des rechten Beines bemerkt. Eine leichte Rötung und Überwärmung sei teilweise vorbekannt, diese habe jedoch im Verlauf des letzten Tages zugenommen. Einem Vorbrief vom 2019 ist zu entnehmen, dass eine 1-Gefäß-KHK vorbesteht... die stationäre Aufnahme des 5.-jährigen vv erfolgte zunächst bei Infekt unklarem Fokus. Laborchemisch zeigten sich initial erhöhte Infektparameter. Röntgenologisch zeigte sich eine zentral betonte Stauung sowie peribronchiale Infektzeichen im Bereich des rechten Unterlappens. In der klinischen Untersuchung fiel eine Rötung im Bereich einer chronischen Hautwunde im Bereich des linken Unterschenkels auf. Abdomensonografisch fand sich kein Hinweis auf einen Infektfokus. Bei zunächst führender pulmonaler Klinik wurde eine kalkulierte antibiotische Therapie mit Unacid begonnen. Im Verlauf kam es zu einer deutlichen Zunahme der Rötung im Bereich des linken Unterschenkels, Dyspnoe bestand nicht mehr. Auf erneute Nachfrage gab der Patient an, Dyspnoe bei Belastung habe auch teilweise im Vorfeld bestanden, sodass wir von einem Erysipel des linken Unterschenkels als Infektfokus ausgehen. Unter der antibiotischen Therapie zeigten sich die Infektwerte gut rückläufig. Die Antibiose konnte im Verlauf oralisiert werden und sollte für insgesamt 14 Tage, also noch bis einschl. 12.07.2021 fortgesetzt werden. Am 12.07.2021 sollte eine Kontrolle der Infektwerte sowie eine klinische Beurteilung im

ambulanten Bereich erfolgen und die antibiotische Therapie je nach Befund abgesetzt oder fortgeführt werden.

Bei anamnestischer Belastungsdyspnoe und einer reduzierten LVEF in der letzten echokardiografischen Kontrolle 2019 führten wir eine Echokardiografie durch. Hier fand sich eine normale LV-Funktion. Wir erhöhten bei bekannter 1-Gefäß-KHK die Dosis von Eplerenon auf 25 mg täglich und steigerten Ramipril auf 10 mg täglich. Im Verlauf ergänzten wir die antihypertensive Therapie bei erhöhten Blutdruckwerten um HCT 12,5 mg morgens. (wenn am Wochenende RR hoch) ????

Als Eintrittspforte für das Erysipel des linken Unterschenkels sahen wir eine Wunde mit verzögerter Wundheilung im Bereich des linken Knöchels. Zur weiteren Abklärung der für das Erysipel ursächlichen Wundheilungsstörung empfehlen wir bei kardiovaskulärem Risikoprofil eine weitere diagnostische Abklärung bezüglich einer möglichen pAVK im ambulanten Bereich.

Makrohämaturie bei Schrumpfblass bei Dauerkatheteranlage

Blasenwand-Deformierung

DD Blasentumor; Blasenstein

Chronische bakterielle Besiedlung der Dauerkatheter bei vulnerabler Blase

Axiale Hiatushernie

Koprostase

V.a. Spondylitis ankylosans bei ausgeprägten spondylophytären Überbauten der BWS

Der Patient wurde uns notfallmäßig vom Hausarzt eingewiesen mit unklaren Bauchschmerzen und Hämaturie. Er hatte bereits im Vorfeld einen Dauerkatheter bekommen. Seit heute ist jedoch der Urin dunkel und blutig. Eine Eigenanamnese ist bei fortgeschrittener Parkinsonerkrankung kaum möglich. Der Patient gab Bauchschmerzen an. Eine Fremdanamnese mit der Ehefrau ergab im Verlauf, dass der Patient seit einigen Wochen vermehrt an Obstipation leide und nur jeden 2. Tag mit Hilfe von Laxoberal festen braunen Stuhlgang absetzt. Eine Blutbeimengung war nie aufgefallen. Der Patient isst wenig und trinkt nur mäßig, das Gewicht war zuletzt stabil. Der Patient wurde bislang von der Ehefrau und einem Pflegedienst zuhause gepflegt. Er ist größtenteils bettlägerig. Eine Magen-Darm-Spiegelung war zuletzt in domo in 2012 erfolgt. Fieber sowie Husten wurde in den letzten Tagen nicht beobachtet...Es erfolgte die notfallmäßige stationäre Aufnahme bei Bauchschmerzen und Hämaturie. Laborchemisch bestanden leichte Entzündungszeichen. Ein Uricult ergab den Nachweis von Proteus mirabilis. Wir gehen bei permanentem Dauerkatheter von einer Besiedlung aus. Konsiliarisch beurteilte der Urologe Dr. Mseddi die Makrohämaturie im Rahmen einer Schrumpfblass bei Dauerkatheteranlage. Wir leiteten neben einer Blasenspülung zur Prävention einer Blasentamponade eine Antibiose mit Nitrofurantoin ein. Die Empfehlung des Urologen ist, dass bei Persistenz, oder Rezidiv der Makrohämaturie eine ambulante Vorstellung zur Durchführung einer Zystoskopie im Intervall erfolgen soll. Das ASS wurde während des Aufenthaltes pausiert. Nach mehreren Tagen ohne Zeichen von Blut im Urin wurde ASS wieder angesetzt.

Bei klinisch vorliegender Exsikkose substituierten wir zudem intravenös Flüssigkeit. Die Bauchschmerzen führten wir auf eine Koprostase zurück. Weder sonographisch noch radiologisch ergaben sich Hinweise auf einen Ileus. Patient konnte abgeführt werden und beklagte im Verlauf keine Bauchschmerzen mehr. Aufgrund der schon länger bestehenden Obstipation und rezidivierenden Bauchschmerzen stellten wir die Indikation zur endoskopischen Abklärung. Die bevollmächtigte Ehefrau befürwortete dies auch. Die Gastroskopie zeigte nur eine kleine axiale Hiatushernie und die Koloskopie zeigte nur vereinzelte reizlose Divertikel, jedoch keinen stenosierenden Prozess. Wir leiteten nun eine dauerhafte PPI mit Esomeprazol ein und empfehlen eine Therapie mit Macrogol Btl. 1 mal täglich.

Unter den von uns durchgeführten Maßnahmen verbesserte sich der Allgemeinzustand des Patienten und die Hämaturie war rückläufig.

Wir konnten ihn am 04.05.2021 in stabilem Allgemeinzustand in die häusliche Versorgung entlassen.

Divertikel-Krankheit

- a. e. bei chronischer Obstipation
- aktuell kein Anhalt für Divertikulitis

Herr .b wird uns mit chronifizierten Schmerzen vor allem im linken Unterbauch zur weiteren Abklärung vom Hausarzt eingewiesen. Der Patient berichtete, er habe eine Neigung zur Obstipation und müsse sich deshalb am Unterbauch regelmäßig massieren, um somit den Stuhlgang zu fördern. Seit ein paar Tagen seien die Unterbauchschmerzen progredient vor allem

im linken Unterbauch. Hausärztlicherseits wurde aufgrund dieser Klinik bei Verdacht auf eine Sigmadivertikulitis der Patient mit Ciprofloxacin anbehandelt. Ein Prostata-Karzinom ist bekannt, aktuell unter Hormontherapie. B-Symptomatik bestehe nicht. Fieber sowie Schüttelfrost verneint der Patient ebenfalls... Die stationäre Aufnahme von yy erfolgte bei einer symptomatischen Sigmadivertikulose. Laborchemisch zeigte sich hier keine Entzündungskonstellation. Auch die abdomensonografische Untersuchung zeigte keine Hinweise auf eine Sigmadivertikulitis, sowie ebenfalls kein Anhalt für eine Darmpassagestörung. Nach eingeleiteten Abführmaßnahmen besserte sich die Beschwerdesymptomatik des Patienten deutlich. Eine Stuhl-regulierende Maßnahme mit Movicol wurde eingeleitet. Bei der Koloskopie zeigten sich mehrere Divertikel im Sigma ohne Zeichen einer Divertikulitis und ohne Einengung des Lumens.

Kollapsneigung

- im Schellong-Test asympathikotone Orthostasereaktion
- a.e. medikamenteninduziert (Tilidin-Einnahme)

Dilatative Kardiomyopathie

- aktuell echokardiografisch normal großer linker Ventrikel (LVDd 48 mm)

Schrittmacher-Implantation DDDR bei AV-Block III.° 2006

- Aufrüstung auf ein CRT-D-System 12/2018
- kurzketzige Kammertachykardie im Schrittmacherspeicher
- anhaltend normalisierte systolische LV-Funktion unter CRT

Chronische Niereninsuffizienz Stadium G3a

- aktuell Verschlechterung der Werte a.e. bei Exsikkose

Kardiovaskuläre Risikofaktoren:

- Arterielle Hypertonie mit hypertensiver Herzerkrankung
- Diabetes mellitus II

Der Patient kam notfallmäßig von zu Hause. Er berichtete, dass er seit ca. 2 Tagen gehäuft nach dem Aufstehen "zusammensackte". Er fühlte sich auch müde und schlapp. Es bestanden keine Prodromi, ihm wurde nicht schwarz vor Augen. Es bestand keine Bewusstlosigkeit. Er habe zuletzt eher wenig getrunken und in der letzten Zeit 2-3 kg abgenommen. Pektanginöse Beschwerden werden verneint. Eine Belastungsdyspnoe bestehe seit längerem. Fieber sowie Schmerzen werden verneint. Übelkeit sowie Erbrechen werden verneint. Der Patient berichtete, dass er vor kurzem Tilidin neu verschrieben bekommen habe, den Grund für die Verschreibung konnte er nicht sagen. Defäkation/Miktion: opB. Größe: 170 cm, Gewicht: 77 kg. Keine B-Symptomatik.

Die stationäre Aufnahme von Herrn Heller erfolgte notfallmäßig bei Kollapsneigung. Laborchemisch zeigte sich bei chronischer Niereninsuffizienz Stadium KDIGO 3A eine leichtgradige Verschlechterung der Nierenretentionsparameter am ehesten prärenal bei Exsikkose. Wir setzten das Hydrochlorothiazid ab. Im Verlauf zeigten sich die Nierenwerte rückläufig. Des Weiteren zeigten sich bei Aufnahme eine leichtgradige Thrombopenie, ohne dass Blutungszeichen vorlagen. Die Gamma-GT war, wie vorbekannt, erhöht. Bei dem Patienten besteht laut Vorbriefen der V.a. eine äthyltoxische Hepatopathie. Sonografisch stellte sich die Leber jedoch unauffällig dar. Da die Beschwerden des Patienten im zeitlichen Zusammenhang mit der Einnahme von Tilidin standen, pausierten wir dies. Während des stationären Aufenthaltes traten keine Beschwerden wie Schwindel oder Kollapsneigung mehr auf. In einem Schellong-Test zeigte sich passend hierzu eine asympathikotone Orthostasereaktion. Wir setzten stattdessen als analgetische Therapie Novamin bei Bedarf an. Aufgrund der Vorgeschichte des Patienten (dilatative Kardiomyopathie bekannt) erfolgte eine echokardiografische Kontrolle, hier zeigte sich jedoch unter der bestehenden antikongestiven Therapie eine normale linksventrikuläre systolische Funktion und ein normal großer linker Ventrikel (LVDd 48 mm). Der Blutdruck des Patienten war stabil im stationären Aufenthalt, sodass wir die Dosierung der antikongestiven Therapie beibehielten. In einer Schrittmacherkontrolle zeigte sich eine regelrechte Aggregatfunktion. Wir entlassen . heute beschwerdefrei und in gutem Allgemeinzustand in Ihre hausärztliche Betreuung.

Entlassungsgewicht: 77,6 kg (bei anamnestisch 170 cm Körpergröße).

ED 10/19

Myelodysplastisches Syndrom mit del (5q),
Stadium: IPSS-R: 2, Low Risk

Zytogenetik: Nachweis einer Deletion im langen Arm des Chromosom 5 (del

(5q))

Die Vorstellung der Patientin erfolgte geplant für Bluttransfusion bei symptomatischer Anämie. In der letzten Blutuntersuchung lag der Hämoglobinwert bei 7,9. Die Patientin berichtete über eine ausgeprägte Kurzatmigkeit, die nur im Liegen weg ist. Treppen steigen laufen sind kaum möglich. Dazu berichtet die Patientin über eine Übelkeit, sie hatte Brechreiz aber ohne Erbrechen und abdominelle Schmerzen, die von alleine weggegangen sind... Der zur Aufnahme führende Grund war eine erneute symptomatische Anämie, die in den letzten Monaten mehrmals substituiert werden musste. Die Patientin hat am Aufnahmetag bei starker Belastungsdyspnoe (NYHA III) 2 Erythrozytenkonzentrate bekommen. Nach der zweiten hat sie Juckreiz im linken Arm gespürt. Objektiv konnten wir keine Hautveränderungen feststellen, aber applizierten trotzdem Histakut und Cortison. Darunter waren die Beschwerden der Patientin rückläufig und wir werteten die Episode als fragliche milde Reaktion auf die Bluttransfusion.

In dem Blutbild ist eine neu aufgetretene Leukozytose aufgefallen. Die mikroskopische Untersuchung des Bluts ergab mehrere Blasten und Akanthozyten. Wir führten eine Knochenmarkspunktion durch. Es wurden Proben aus dem Knochenmark für eine histologische Untersuchung nach Aschaffenburg und für eine FACS-Analyse nach Würzburg geschickt. Eine Probe vom peripheren Blut für eine FACS-Analyse wurde ebenso weggeschickt....

Hyperglykämisch entgleister Diabetes mellitus Typ II

Akute auf chronische Niereninsuffizienz bei Exsikkose

Der Patient wurde notfallmäßig in reduziertem Allgemeinzustand in unsere Notaufnahme mit Polydipsie, Polyurie und einem Gewichtsverlust von 10 Kilogramm seit Februar 2021 vorgestellt. Derzeit befand er sich in einer Rehabilitationsmaßnahme nach STEMI 01/2021 sowie Covid-19-Erkrankung. Er fühle sich zunehmend schwach und müde, ihm sei oft schwindelig, insbesondere beim Aufstehen. Trotz Beginn einer Insulintherapie vor ca. 14 Tagen sei der Blutzucker immer weiter angestiegen. Er verneinte Husten, Fieber, Atemnot oder pectanginöse Beschwerden.. Die stationäre Aufnahme von .. erfolgte aufgrund einer Hyperglykämie, Exsikkose und konsekutivem akut auf chronischem Nierenversagen.

Der Blutzuckerspiegel betrug bei Vorstellung in unserer Notaufnahme 495 mg/dl. Wir leiteten eine Flüssigkeitssubstitution ein und pausierten die nephrotoxischen Medikamente. Metformin und Forxiga konnten trotz im Verlauf besserer Nierenretentionsparameter noch nicht wieder angesetzt werden. Statt dessen setzten wir Sitagliptin an und führten die Insulintherapie fort. Unter diesen Massnahmen besserte sich der Allgemeinzustand des Patienten rasch und es wurden zufriedenstellende Blutzuckerwerte gemessen. Eine zwischenzeitlich aufgetretene Hypokaliämie wurde ausgeglichen.

Wir bitten um weitere Blutzuckereinstellung beim Diabetologen im Verlauf sowie regelmässige Kontrollen der Nierenretentionsparameter und des Serum Kaliumspiegels.

AV-Block III.°

- DDD-Schrittmacherimplantation am 21.05.2021 (Biotronik Enticos 4 DR, MRT-fähig)

Koronare Eingefäßerkrankung mit 70 %iger medialer RIVA Steose

- Ausschluss einer hämodynamische Relevanz in der FFR Messung am 25.05.2021

Dilatierende Herzerkrankung DD ethyltoxischer Genese (ED einer DCM 1997)

- Chronische Herzinsuffizienz, HFrEF mit hochgradig eingeschränkter systolischer LV-

Funktion

Der Patient kam notfallmäßig von zu Hause mit hausärztlicher Einweisung. Dort war als Zufallsbefund ein AV-Block III° festgestellt worden (der Patient war dort für eine Vitaminspritze). Er selbst habe sich heute Morgen „etwas schummrig“ gefühlt, zuletzt habe er sich häufiger so gefühlt. Dyspnoe sowie pectanginöse Beschwerden wurden verneint. Keine Synkopen. Gewichtsverlauf stabil, Appetit gut. Defäkation: Ileostoma. Miktion: opB. Keine B-Symptomatik. Sozialanamnese: Der Patient wohnt zusammen mit der Ehefrau, der Sohn lebt im selben Haus. Versorgung mit Sozialstation.... Die stationäre Aufnahme von Herrn Wolpert erfolgte notfallmäßig wegen eines neu aufgetretenen AV-Blocks III. Grades. Wir pausierten zunächst Bisoprolol, der Patient wurde Monitor überwacht.

Noch am Aufnahmetag erfolgte die Implantation eines DDD-Schrittmachers der Firma Biotronik, der wie oben beschrieben programmiert wurde. Das Nahtmaterial ist selbstresorbierend, die Steri-Stripes können nach 5-7 Tagen entfernt werden. Echokardiografisch zeigte sich eine hochgradig eingeschränkte linksventrikuläre systolische Funktion bei globaler Hypokinesie und asynchroner Septumbewegung bei Linksschenkelblock. Postoperativ führten wir Bisoprolol daher niedrigdosiert fort und setzten Sacubitril / Valsartan neu an. Bei guter Verträglichkeit sollte die Dosierung nach 2 Wochen gesteigert werden.

Eine Dilatative Kardiomyopathie war beim Kollegen Dobler schon 1997 diagnostiziert worden, die EF hatte damals 9% betragen. Dennoch stellten wir aufgrund des kardiovaskulären Risikoprofils bei dem Diabetiker die Indikation zur nochmaligen invasiven Koronardiagnostik. In der Coronarangiographie konnten wir eine Eingefäß-KHK mit angiographisch 70%iger RIVA-Stenose diagnostizieren, die sich jedoch in der FFR- Messung als hämodynamisch nicht relevant erwies und somit auch nicht für die Herzinsuffizienz bei He. verantwortlich gemacht werden kann. Bereits 1997 war wohl eine ethyltoxische CMP diskutiert worden, zwischenzeitlich war es jedoch unter Alkoholkarenz zu einer Besserung der LVEF auf 30% gekommen und .. hatte wegen Beschwerdearmut viele Jahre keine kardiologischen Kontroll- Untersuchungen mehr vornehmen lassen.

Wir schlagen nun nach Intensivierung der medikamentösen Herzinsuffizienztherapie eine klinische und echokardiographische Verlaufskontrolle beim Kollegen Dr. Dobler vor, um ggf. bei Verschlechterung der Beschwerden und/oder ausbleibender Besserung der LV-Funktion den Schrittmacher auf ein biventrikuläres System (CRT-P oder je nach Diskussion mit dem Patienten auch CRT-D) umzustellen.

ASS 100 mg	1-0-0
Bisoprolol 2,5 mg	1-0-0
Entresto 24/26 mg	1-0-1
Spironolacton 50 mg	0-½-0
Simvastatin 10 mg	0-0-1
Risperidon 0,5 mg	½-0-½
Xigduo 5 mg/1000 mg	1-0-1

Tachyarrhythmia absoluta bei neu diagnostiziertem Vorhofflimmern, EHRA II

- CHA2DS2-VASc-Score 3 -> Antikoagulation mit Rivaroxaban
- Elektrokardioversion am 08.07.2021

Invasiver Ausschluß einer stenosierenden KHK durch Herzkatheter am 08.07.2021

Die stationäre Aufnahme von „, erfolgte wegen einer Tachyarrhythmie bei neu aufgetretenem Vorhofflimmern. Zur Frequenzkontrolle gaben wir Metoprolol i.v. Intrakardiale Thromben konnten durch transösophagealer Echokardiografie ausgeschlossen werden. Weil der LA nur gering vergrößert war entschieden wir uns für eine Rhythmisierung und führten am 08.07.2021 eine Elektrokardioversion durch.

Weil die vorangegangene transthorakale Echokardiografie (noch bei Vorhofflimmern) multiple Hypokinesien septal, medial und apikal sowie anterior-septal mit einer leichtgradig eingeschränkten linksventrikulären systolischen Funktion gezeigt hatte, wurde die Indikation zur invasiven Koronardiagnostik gestellt. Hier ließ sich eine stenosierende KHK als Ursache des Vorhofflimmerns jedoch ausschließen. Bei einem CHA2DS2-VASc-Score 3 empfehlen wir die Fortführung der Antikoagulation mit Rivaroxaban auch nach Wiederherstellung des Sinusrhythmus. Auch Metoprolol sollte weiter eingenommen werden.

Primär persistierendes atypisches Vorhofflattern mit wechselnder Überleitung

- EHRA II
- erfolgreiche Elektrokardioversion am 25.06.2021
- CHA2DS2-VASc-Score 4 Punkte
- Beginn orale Antikoagulation mit Apixaban

Der Patient kam notfallmäßig von zu Hause mit hausärztlicher Einweisung. Beim Hausarzt war der V.a. ein Vorhofflimmern gestellt worden. Der Patient selbst berichtete, dass er nichts verspürt habe. Er sei heute früh beim Hausarzt gewesen aufgrund von Schmerzen im linken Arm nach einer Impfung am 22.6.2021. Pektanginöse Beschwerden sowie Dyspnoe wurden verneint. Der Patient hatte 2008 eine PTCA im Krankenhaus Altenau, seitdem habe er keine pektanginösen Beschwerden gehabt...Die stationäre Aufnahme von . erfolgte notfallmäßig bei erstmalig diagnostiziertem atypischen Vorhofflattern mit wechselnder Überleitung. Laborchemisch zeigten sich keine Auffälligkeiten, insbesondere das TSH zeigte sich normwertig. Bei einem CHA2DS2-VASc-Score von 4 Punkten gaben wir zunächst niedermolekulares Heparin gewichtsadaptiert, nach ausführlicher Aufklärung begannen wir eine orale Antikoagulation mit Apixaban. Das ASS setzten wir daher ab. Echokardiografisch zeigte sich während des Vorhofflatterns eine leichtgradig eingeschränkte linksventrikuläre systolische Funktion sowie leichtgradige Klappeninsuffizienzen. Am Tag nach der Aufnahme fand nach dem Ausschluss von intrakardialen Thromben in der transösophagealen Echokardiografie eine erfolgreiche Elektrokardioversion in den Sinusrhythmus statt. Zur Frequenzerhaltung wurde das Metoprolol aufdosiert. In einem Langzeit-EKG nach

Elektrokardioversion zeigten sich intermittierend Phasen von Vorhofflimmern. Der Patient war beschwerdefrei.

Eine koronare 3-Gefäßerkrankung war bei dem Patienten bekannt. Da der Patient eine Belastungsdyspnoe sowie pektanginöse Beschwerden verneinte, sahen wir aktuell von einer invasiven Diagnostik ab.

Wir konnten ... in stabilem Allgemeinzustand am 26.06.2021 nach Hause und in die hausärztliche Betreuung entlassen.

STEMI der Vorderwand bei Koronarer Zweigefäßerkrankung mit aktivierter proximaler RIVA-Stenose

- prähospitaler Herz-Kreislaufstillstand bei Kammerflimmern mit erfolgreicher präklinischer Reanimation

- Akut-PCI mit Primärstenting des proximalen RIVA (DES)

- verbliebene subtotale RM1-Stenose

Die Aufnahme des Patienten erfolgte nach erfolgreicher kardiopulmonaler Reanimation spontanatmend in Begleitung von Notarzt und Rettungsdienst.

Laut Notarzt war der Patient gegen 16:20 Uhr in Anwesenheit der Angehörigen vom Stuhl gekippt und sei blau angelaufen und sofort laienreanimiert worden....Die Aufnahme von Herrn Bock erfolgte auf die Intensivstation des Hauses. Der Patient war bei primärem Kammerflimmern durch viermalige Defibrillation erfolgreich kardiopulmonal reanimiert worden. Nach insgesamt 8 Minuten CPR und 4 mg Adrenalin stellte sich ein ROSC ein. Danach wurde im 12-Kanal-EKG präklinisch die Diagnose eines STEMI der Vorderwand gestellt. Daraufhin wurde der inzwischen wieder wache Patient vom Notarzt spontanatmend direkt in unser Herzkatheterlabor eingeliefert.

Passend zu dem präklinisch abgeleiteten EKG konnte eine koronare Herzkrankheit mit aktivierter proximaler RIVA-Stenose diagnostiziert werden. Der RIVA wurde durch primäre Implantation eines Everolimus-freisetzenden Stents interventionell saniert. Wir empfehlen nun eine doppelte Plättchenhemmung mit ASS und Prasugrel für 6 Monate und die Einnahme von ASS lebenslang. Zudem setzten wir die übliche KHK-Therapie neu an.

Die 48-stündige Überwachungsperiode auf der Intensivstation fiel unauffällig aus. Wir beantragten eine Anschlussheilbehandlung für den Patienten.

Am 09.07. konnte Herr Bock in beschwerdefreiem Zustand auf die Chest pain Unit des Hauses verlegt werden. Im Verlauf ist noch eine Sanierung der verbliebenen subtotalen RM1-Stenose geplant.

Medikation bei Verlegung:

ASS	100	1-0-0 NEU
Prasugrel	10 mg	1-0-0 NEU, für 6 Monate
Bisoprolol	2,5 mg	1-0-0 NEU
Ramipril	2,5 mg	1-0-0 NEU
Atorvastatin	40 mg	0-0-1 NEU
Clexane	0,4ml s.c.	0-0-1

Pneumogene Sepsis

- SOFA-Score: 11 Punkte

Akutes Nierenversagen AKIN III mit Hyperkaliämie

- prärenal bedingt bei Exsikkose im Rahmen des Sepsis

Paroxysmales Vorhofflattern

Die Aufnahme von Herrn. erfolgte bei akutem Nierenversagen AKIN III mit begleitender Hyperkaliämie. Bei vorherrschender Laktatzidose bei einem pH-Wert des Blutes von 6,9 und drohender respiratorischer Erschöpfung erfolgte die endotracheale Intubation und maschinelle Beatmung. Nach Anlage eines jug. Shaldonkatheters erfolgte die Einleitung einer diskontinuierlichen Hämodialyse. Hierunter war eine Stabilisierung der Azidose sowie ein Rückgang des Kaliums zu verzeichnen. Außerdem fielen bei der klinischen Untersuchung Rasselgeräusch über der rechten Lunge auf. Passend zu anamnestischen Schilderungen von rezidivierendem Erbrechen im Vorfeld des stationären Aufenthalte werteten wir dies im Sinne einer Aspirationspneumonie. Wir leiteten die Antibiose mit Ceftriaxon intravenös nach Gewinnung von Blutkulturen ein.

Im Verlauf führten wir einen Auslassversuch der Dialysebehandlung durch. Die Nierenretentionsparameter zeigten sich deutlich regredient, die Ausscheidung war ausreichend.

Bei persistierend erhöhten Entzündungsparametern und weiterhin Fiebern des Patienten eskalierten wir die Antibiose auf Piperacillin/Tazobactam. Die Entzündungswerte waren hierunter mäßig rückläufig. Im Bronchialsekret wurde der Nachweis eines Pseudomonas aeruginosa mit beginnender Resistenzbildung erbracht, welcher eine Eskalation auf Meropenem nach sich zog. .. erhielt unterstützend Atem- und Krankengymnastik. Die Entzündungsparameter waren nun deutlich regredient.

Der Zustand des Patienten besserte sich allmählich, der Patient konnte am 07.07. extubiert werden und blieb fortan spontanatmend.

Zur Wiederherstellung der Selbstversorgung des Patienten organisierten wir eine Rehabilitationsmaßnahme in

Instabile Angina pectoris bei Zweigefäß-KHK mit 80 % iger Instentstenose im medialen RIVA

- PTCA der RIVA-InStent-Stenose mit DEB-Therapie am 18.02.2021
- Z. n. RIVA-PCI mit PTCA und DES-Implantation am 22.09.2020
- gutes Langzeit-Ergebnis nach PTCA & DES-Implantation in RCX 01/2016 (AHZ

Schweinfurt)

FFR-Messung RCX aktuell unauffällig

- 30%ige Hauptstammstenose mit aktuell unauffälliger FFR-Messung

Deutliche Makroangiopathie der Arteria carotis beidseits ohne relevanten Stenosen

Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Hypercholesterinämie

Herr.wurde vom Kardiologen Dr. Schamberger wegen instabiler Angina pectoris in unsere Notaufnahme eingewiesen. Der Patient habe erneut instabile Angina pectoris seit 2 Wochen. Eine Ergometrie bei Dr. Schamberger sei nicht beweisend für eine Ischämie gewesen, weil sie bei 75 Watt wegen Dyspnoe und atypischer Beschwerden abgebrochen werden musste. Der Patient klagt über zunehmende Dyspnoe und intermittierendes belastungsabhängiges Ziehen im Oberbauch mit begleitender Übelkeit. Die Beschwerden seien unabhängig von den Mahlzeiten gewesen. Nach der letzten Koronarintervention im September 2020 sei es . mehrere Monate gut gegangen. Nun werden die Beschwerden genauso empfunden wie vor der letzten PCI. Die Medikamente seien in der letzten Zeit nicht geändert worden. Das Gewicht sei stabil, Allergien seien nicht bekannt....Die zur klinische Symptomatik werteten wir im Rahmen einer instabilen Angina pectoris, so dass wir die Indikation zur einer Koronarangiographie stellten ohne nach der abgebrochenen Fahrradergometrie beim Kollegen Schamberger nochmals einen nicht-invasiven Ischämienachweis anzustreben. Wie befürchtet, sahen wir in der Herzkatheteruntersuchung am 18.02.2021 eine 80 %ige Instentstenose des RIVA-Stents aus 09/2020. Die In-Stent-Stenose wurde durch PTCA und Behandlung mit einem Paclitaxel-freisetzenden Ballon (DEB) interventionell saniert. Bei leichtgradiger Lumenreduktion im Hauptstamm und im RCX führten wir nach der Koronar-Intervention hier noch FFR-Messungen durch, die keine hämodynamische Relevanz ergaben. Nach nochmaliger Durchsicht des alten Herzkatheterfilmes aus 09/2020 können wir uns die In-Stent-Stenose weder durch mangelnde Stentexposition noch durch eine unzureichende Stent-Apposition erklären. Daher könnte z. B. eine Clopidogrel-Resistenz für die Intimahyperplasie mit folgender In-Stent-Stenose verantwortlich sein. Deshalb empfehlen wir die duale Plättchenhemmung von Clopidogrel auf Ticagrelor und ASS für 12 Monate umzustellen, anschließend ASS-Monotherapie lebenslang. Der postinterventionelle Verlauf gestaltete sich komplikationslos.

Koronare 2-Gefäß-Erkrankung mit Angina pectoris bei endothelialer Dysfunktion

- V. a. small vessel disease
- Ausschluss hämodynamisch relevanter Stenose im RIVA und RIM durch FFR-Messung am 22.02.2021
- gutes Langzeit-Ergebnis nach DE-Stenting des proximalen RIVA 09/2020

Ischämische linksventrikuläre Dysfunktion mit leichtgradig eingeschränkter systolischen Funktion, LVEF 41-51%

Hypertensive Blutdruckentgleisung

Die Vorstellung des Patienten erfolgte mit hausärztlicher Einweisung aufgrund einer Nitro sensiblen Angina pectoris Symptomatik.

Als relevante Vorerkrankungen lag eine koronare 2-Gefäß-Erkrankung vor, zudem eine dysregulierte arterielle Hypertonus.

Der Patient wurde wegen einer instabilen Angina pectoris stationär aufgenommen. Bei bekannter KHK mit RIVA-Stenting am 22.09.2020 und damals verbliebenen Stenosen im RIM und RIVA stellten wir die Indikation zur zeitnahen invasiven Koronardiagnostik. Es lag ein gutes Langzeit-

Ergebnis nach Stenting des proximalen RIVA in 09/2020 vor, die verbliebenen intermediären Stenosen im RIVA und RIM erwiesen sich in der FFR-Messung als hämodynamisch nicht relevant und bedurften keiner interventionellen Therapie. Auffällig war jedoch ein verlangsamter Kontrastmittelfluss, vor allem in der RCA, aber auch im RCX. Dies sprach für eine endotheliale Dysfunktion im Sinne einer small vessel disease als Ursache der klinischen Beschwerden. Daher haben wir Herrn W. empfohlen, den Konsum von nikotinhaltigen E-Zigaretten endgültig einzustellen, da Nikotin als die führende Noxe für die Endothelschädigung angesehen werden konnte.

Zudem sollte eine suffiziente Blutdruckeinstellung angestrebt werden. Die duale Plättchenhemmung sollte noch bis 09/2021 weiter eingenommen werden. Sollte es trotz Nikotinkarenz weiterhin zu Angina pectoris kommen, empfehlen wir eine medikamentöse Therapie, zunächst mit Nitraten und Molsidomin, dann mit Calciumantagonisten und im Falle einer Beschwerdepersistenz schließlich den Einsatz von Ranolazin. Der weitere stationäre Verlauf war unauffällig, der Patient gab keine Beschwerden an.

Koronare 2-Gefäß-Erkrankung mit endothelialer Dysfunktion

- V. a. small vessel disease

- Ausschluß hämodynamisch relevanter Stenose im RIVA und RIM durch FFR-Messung am 22.02.2021

- gutes Langzeit-Ergebnis nach DE-Stenting des proximalen RIVA 09/2020

Ischämische linksventrikuläre Dysfunktion mit leichtgradig eingeschränkter systolischen Funktion, LVEF 41-51%

Hypertensive Herzerkrankung

Die Vorstellung erfolgte als Zuweisung in unsere Notaufnahme über den Rettungsdienst/Notarzt nach Einweisung durch Herrn Dr. Kunert wegen des Verdachts auf einen akuten Myokardinfarkt bei bekannter KHK, aktuell positivem Troponin-T-Test, neu aufgetretenem ventrikulären Bigeminus und rezidivierenden thorakalen Schmerzen seit 4 Tagen. Von notärztlicher Seite erhielt der Patient 500 mg Aspirin, 5000 IE Heparin und 5 mg Morphin i.v..

Herr .h berichtete bei der Aufnahme über ein Engegefühl im Brustkorb seit 4 Tagen, ohne Belastungsatemnot.

Die stationäre Aufnahme von Herrn. erfolgte wegen einer erneuten Angina pectoris-Symptomatik. Einen akuten Myokardinfarkt konnten wir laborchemisch ausschließen. Da die letzte Herzkatheteruntersuchung nur 5 Monate zurücklag, in welcher eine hämodynamisch relevante Stenose im RIVA und RIM durch FFR-Messung ausgeschlossen werden konnte und sich der Verdacht auf eine small vessel disease ergab, verzichteten wir aktuell auf eine erneute Koronarangiographie.

Wir leiteten eine medikamentöse antianginöse Therapie mit Molsidomin ein. Außerdem wurde dem Patienten zum Verzicht auf E-Zigaretten geraten, da auch das darin enthaltene Nikotin eine Vasokonstriktion auslösen könnte. Den niedrig-normalen Kaliumwert hoben wir durch Kaliumgaben p.o. an. Unter der neuen Medikation mit Molsidomin wurde der Patient beschwerdefrei und wünschte die Entlassung. Wir empfehlen eine ergänzende ambulante Langzeit-EKG-Untersuchung.

Herr. wurde am 07.07.2021 in gutem Allgemeinzustand in Ihre weitere hausärztliche Betreuung entlassen.

Entlassungsgewicht: 97,2 kg (bei anamnestisch 176 cm Körpergröße).

Dekompensierte Cor pulmonale

Mittelgradige Trikuspidalklappeninsuffizienz

- NT-proBNP 8647 pg/ml

- Aszitespunktion mit Aszitesdrainage (ca. 8,5 Liter)

- Pleurapunktion rechts (ca. 500 ml)

- forcierte diuretische Therapie

Knieprellung mit Kniehämatom rechts unter Lixiana

- Hämatomausräumung 16.09.2021 (OrthoClinic Hammelburg)

- aktuell Hautnekrose mit Fibrinbelag, konservative Therapie

Die Zuweisung der Patientin erfolgte als Einweisung aus dem Pflegeheim. Seit rund 1 Woche bestünde zunehmende Ruhedyspnoe sowie produktiver Husten. Die Beine sind deutlich ödematös und messend, bei Aufnahme imponierte Anasarca. Am rechten des rechten Knies zeigt sich eine Rötung Überwärmung sowie eitrig Beläge, bei Demenz ist diesbezüglich eine

Eigenanamnese nicht sinnvoll erhebbar. Trotz Diagnose eines paroxysmalen Vorhofflimmerns besteht keine Antikoagulationstherapie, da die Patientin dies wohl seit einer unteren GI-Blutung nicht mehr einnehme.

Die Patientin ist 2-fach gegen Corona geimpft, zuletzt 05/2021.

Medikation bei Aufnahme: Bisoprolol 2,5 mg 1-0-1, Lixiana 30 mg Pause, Torasemid 10 mg 1-1-0, Spironolacton 25 mg 0-1-0, L-Thyrox 125 µg 1-0-0, Mirtazapin 15 mg 0-0-0-1, Movicol Beutel 1-0-0, Novamin Tropfen bei Bedarf, Omeprazol 20 mg 1-0-0, Vigantoletten 1000 Einheiten 1-0-0, Allopurinol 100 mg 0-0-1, Risperidon 0,5 mg 1-0-0

Die stationäre Aufnahme Patientin erfolgte mit globaler kardialer Dekompensation, Anasarka und Aszites.

Wir therapierten . forciert diuretisch. Mittels Aszitesdrainage konnten rund 8,5 Liter Flüssigkeit abgeleitet werden. Zudem erfolgte eine Pleurapunktion rechts mit Abpunktion von rund 500 ml Flüssigkeit. Supportiv erfolgten Inhalationstherapie sowie physiotherapeutische Mitbetreuung und Mobilisation.

Nach mehrfacher Rücksprache mit der Enkelin (Vorsorgevollmacht, Betreuung) erfolgt im Hinblick auf das fortgeschrittene Patientenalter, die Demenz und eine längere Krankheitsgeschichte keine Invasivdiagnostik zur weiteren Abklärung und Therapie. Bei echokardiografisch dilatiertem rechten Herz zeigte sich eine mittelgradige Trikuspidalinsuffizienz.

Nach deutlicher Beschwerdeverbesserung durch die forcierte diuretische Therapie sowie Entlastung von Pleuraerguss und Aszites konnte . am 17.11.2021 in gebessertem Allgemeinzustand zurück ins Pflegeheim entlassen werden.

Entlassgewicht: 68,8 kg

Bisoprolol 2,5 mg		1-0-1
Eliquis 2,5 mg	1-0-1 (neu)	
Torasemid 50 mg		1-0-0 (erhöht)
Spironolacton 25 mg	0-1-0	
Omeprazol 20 mg		1-0-0
Vigantoletten 1000 IE	1-0-0	
L-Thyrox 125 µg		1-0-0
Allopurinol 100 mg		0-0-1
Mirtazapin 15 mg		0-0-0-1
Risperidon 0,5 mg		1-0-0
Movicol Beutel	1-0-0	

Koronare Eingefäßerkrankung mit langstreckiger chronischer medialer RCA-Dissektion

- Herzkatheter am 09.11.2021 mit unauffälliger FFR-Messung -> primär konservative

Therapie

. stellte sich bei hochgradigem Verdacht auf eine koronare Herzerkrankung elektiv zur invasiven Koronardiagnostik vor. Sie beschreibt einen thorakalen Druck vor allem unter Belastung, welcher sich im Rahmen des pAVK verschlechtern würde. Die Beschwerden würden jedoch nicht streng belastungsinduziert auftreten, sondern manchmal auch beim Bücken und unvorhergesehenen Bewegungen.

Aufnahmemedikation: ASS 100 mg 1-0-0, Atorvastatin 10 mg 0-0-1, Hydroxycarbamid 500 mg 2-0-0.

Die Vorstellung von . erfolgte unter dem Verdacht auf eine koronare Herzerkrankung. In der prästationär durchgeführten Echokardiographie konnten keine regionalen Kinetikstörungen gesehen werden. Aufgrund der klinischen Beschwerden und der bekannten pAVK wurde bei hoher Vorhersagewahrscheinlichkeit dennoch die Indikation zur Koronarangiografie gestellt. Hier zeigte sich eine Koronare Eingefäßerkrankung mit einer langstreckigen chronischen Dissektion der medialen RCA. Die fraktionierte Flussrate-Messung in den RCA sprach jedoch gegen eine hämodynamisch relevante Stenose, so daß wir primär einen konservativen Therapieversuch mit ASS und Statinen empfehlen. . konnte am 11.11.2021 in stabilem Allgemeinzustand in Ihre hausärztliche Betreuung entlassen. Sollte es trotz ASS und CSE-Hemmer dennoch wieder zu Beschwerden kommen, muss diese Strategie nochmals überdacht werden und die Dissektion ggf. doch durch einen Stent abgedeckt werden. In diesem Falle kann sich die Patientin gerne jederzeit wieder bei uns vorstellen.

ASS 100 mg	1-0-0
Atorvastatin 10 mg	0-0-1
Hydroxycarbamid 500 mg	2-0-0

Koronare Eingefäßerkrankung mit rez. AP bei langstreckiger chronischer medialer RCA-Dissektion

- Herzkatheter am 09.11.2021 mit unauffälliger FFR-Messung -> primär konservative Therapie

- Aktuell bei rez. AP: RCA-PCI mit PTCA und Implantation von 2 DES am 13.11.2021
Die Vorstellung der Patientin erfolgte eigeninitiativ. Bereits vor 2 Tagen wurde die Patientin von unserer stationären Behandlung entlassen. Bei hochgradigem V.a. eine KHK aufgrund atypischer thorakaler Schmerzen erfolgte eine invasive Diagnostik mittels Herzkatheteruntersuchung. Hier wurde Ein-Gefäß-KHK mit einer langstreckigen hochgradigen Stenose in der medialen RCA dokumentiert. RRF in RCA zeigte einen Wert von 0,85, daher keine relevante hämodynamische Stenose. Die konservative Therapie wurde mit Ass und Statin weiter fortgeführt. Aktuell beklagt die Patientin weiterhin den thorakalen Druck sowie leichte Dyspnoe.
Aufnahmemedikation: Ass 100 mg 1-0-0, Atorvastatin 10 mg 0-0-1, Hydroxycarbamid 500 mg 2-0-0.

Die stationäre Aufnahme von . erfolgte wegen weiterhin bestehenden thorakalen Schmerzen. Am 10.11.2021 hatten wir eine chronische RCA-Dissektion diagnostiziert und zunächst einen konservativen Therapieversuch unternommen. Weil die Patientin nun wiederkehrend doch über Angina pectoris in Ruhe klagte, stellten wir die Indikation zur interventionellen Therapie. Die langstreckige RCA-Stenose wurde durch PTCA und Implantation von 2 DES erfolgreich interventionell saniert. Eine Therapie mit Clopidogrel wurde angesetzt, diese soll 6 Monate lang fortgeführt werden. Zusätzlich begannen wir eine niedrigdosierte Therapie mit Ramipril.
zusätzliche Informationen zu den im Medikationsplan aufgeführten Verordnungen:

Ass 100 mg	1-0-0
Clopidogrel 75 mg	1-0-0 (neu, bis einschl. 13.05.2022)
Ramipril 1,25 mg	1-0-0 (neu)
Atorvastatin 10 mg	0-0-1
Hydroxycarbamid 500 mg	2-0-0

Rezidiv eines paroxysmalen Vorhofflimmerns (ED 06/2021)

- EHRA II-III
- CHA2DS2-VASc-Score: 4 Punkte
- orale Antikoagulation mit Apixaban
- erfolgreiche Elektrokardioversion am 11.11.2021 in den Sinusrhythmus

Koronare 2-Gefäßerkrankung

- aktuell kein Interventionsbedarf (FFR RCA: 0,84)
- 06/2021: NSTEMI mit PTCA + DES-Implantation RCA (Juliusspital Würzburg)
- 01/2019: Ausschluss KHK-Progression bei stabiler 1-Gefäßerkrankung (Juliusspital

Würzburg)

- 08/2019: Ausschluss KHK-Progression bei stabiler 1-Gefäßerkrankung (Klinikum MSP)
- 11/2017: PTCA + DES-Implantation RIVA

Hämatom Unterschenkel links

- kein Hinweis auf Kompartment-Syndrom
- lokal kühlen, elastisch wickeln

Die Zuweisung der Patientin erfolgte mit dem Rettungsdienst als Einweisung vom Hausarzt. Sie habe am Vortag über Palpitationen und ein thorakales Druckgefühl geklagt. Dabei sei er ein schneller Puls aufgefallen. Zudem sei eine koronare Herzerkrankung bekannt, im Juni 2021 erfolgte eine PTCA mit Stentimplantation im Juliusspital Würzburg.

Medikation bei Aufnahme: Xarelto 10 mg 1-0-0, Clopidogrel 75 mg 1-0-0, Pantozol 40 mg 0-0-1, Thyronajod 100 µg 1-0-0, Amitriptylin 100 mg 0-0-3/4, Carvedilol 25 mg 1-0-1, Carbamazepin 400 mg 1-0-1,5, Nepresol 50 mg 1-0-1, Losartan 100 mg ½-0-½, Lercanidipin 10 mg 1-0-1, Moxonidin 0,2 mg 1-0-0-2, Indapamid 1,5 mg 1-0-0, Torasemid 10 mg 1-0-0, Humalog 12-6-8 IE, Lantus 0-0-0-26 IE, Januvia 50 mg 1-0-0, Atorimib 40/10 mg 0-0-1

Die stationäre Aufnahme der Patientin erfolgte mit TAA bei Rezidiv eines bekannten Vorhofflimmerns sowie thorakalem Druckgefühl.

Eine akute Myokardischämie konnte laborchemisch und elektrokardiografisch ausgeschlossen werden. Echokardiografisch zeigte sich eine gute Pumpfunktion (LVEF > 53 %) ohne Nachweis regionaler Wandbewegungsstörungen. Nach Ausschluss intrakavitärer Thromben erfolgte am 11.11.2021 eine erfolgreiche Elektrokardioversion in den Sinusrhythmus. Eine Vorstellung in der Rhythmussprechstunde mit anschließender Pulmonalvenenisolation wird empfohlen.

Aufgrund der anhaltenden Beschwerdesymptomatik (thorakales Druckgefühl) und der in der Vergangenheit rasch progredienten KHK stellten wir die Indikation zur erneuten Invasivdiagnostik. In der Koronarangiografie zeigte sich der Befund einer koronaren 2-Gefäßerkrankung. Im Bereich der RCA stellte sich eine 60%ige proximale Stenose dar. Bei einem Wert von 0,84 im Rahmen der

FFR-Messung bestand keine Indikation zur Intervention bei fehlender hämodynamischer Relevanz. Im Rahmen der Adenosin-Gabe kam es jedoch kurzzeitig zu einer Asystolie mit selbstlimitierenden kurzzeitigen Myoklonien, wobei sich die Patientin den linken Unterschenkel anstieß. In der Folge entwickelte sich ein größeres Hämatom. Hinweise auf ein Kompartmentsyndrom ergaben sich jedoch nicht. Wir empfehlen elastische Wickelung sowie lokale Kryotherapie und bedarfsweise analgetische Therapie.

Am 15.11.2021 konnte . in gutem und beschwerdefreiem Allgemeinzustand aus der stationären Behandlung entlassen werden.

Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren, Ziel-LDL <55 mg/dl

- Vorstellung in der Rhythmusambulanz (Pulmonalvenenisolation)

Clopidogrel 75 mg 1-0-0 (noch bis 10.06.2022)

Eliquis 5 mg 1-0-1

Carvedilol 25 mg 1-0-1

Losartan 100 mg ½-0-½

Lercanidipin 10 mg 1-0-1

Nepresol 50 mg 1-0-1

Moxonidin 0,2 mg 1-0-0-2

Indapamid 1,5 mg 1-0-0

Torasemid 10 mg 1-0-0

Januvia 50 mg 1-0-0

Atorimib 40/10 mg 0-0-1

Pantozol 40 mg 0-0-1

Thyronajod 100 µg 1-0-0

Amitryptilin 100 mg 0-0-3/4

Carbamazepin 400 mg 1-0-1,5

Humalog 12-6-8 IE

Lantus 0-0-0-30 IE

Schwere Koronare 3-Gefäßerkrankung mit atypischer formal instabiler Angina pectoris

. stellte sich am 08.09.2021 in Eigeninitiative in unserer Notaufnahme vor. Der Patient berichtete, am Aufnahmetag morgens Einkaufen gewesen zu sein, dabei sei ihm plötzlich übel geworden, er habe kaum laufen können. Pectanginöse Beschwerden oder Atemnot hätte er dabei nicht gehabt, auch Erbrechen wurde verneint.

Allergien seien keine bekannt.

Medikation bei Aufnahme: Pradaxa® 150 mg 1-0-1, Simvastatin 40 mg 0-0-1, Ramipril 2,5 mg

2-0-1, Torasemid 10 mg 1-0-0, Lercanidipin 10 mg 1-0-0, Metoprolol 47,5 mg 1-0-1,

Novaminsulfon 500 mg 1-1-1-1.

Die stationäre Aufnahme von . erfolgte unter dem Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom (atypische Beschwerden, ST-Streckensenkungen in I, II, III, aVF, ST-Streckenhebung in aVR) initial auf unsere Chest Pain Unit. Ein akuter Myokardinfarkt ließ sich erfreulicherweise mittels Troponin-Serientestung ausschließen. Echokardiografisch zeigten sich eine normale linksventrikuläre systolische Funktion sowie Zeichen eines Cor hypertonicum. Zudem bestanden laborchemisch erhöhte Nierenretentionsparameter, weshalb der Patient zunächst vor der Koronarangiografie eine intravenöse Flüssigkeitssubstitution erhielt. Zudem wurden die nephrotoxischen Medikamente pausiert. Hierunter zeigte sich eine Besserung der Nierenfunktion, sodass wir die Koronarangiografie am 10.09.2021 durchführen konnten. Hierbei konnte eine schwere koronare 3-Gefäß-Erkrankung mit chronischem kollateralisierten RIVA-Verschluss nachgewiesen werden. Aufgrund der guten Kollateralisierung, sowie normwertiger Troponinwerte wurde die Entscheidung zur konservativen Therapie des RIVA-Verschlusses und alleiniger PCI des stenosierten RD1 getroffen. Der Rd1 wurde dann in gleicher Sitzung durch PTCA und DES-Implantation interventionell saniert. Zur Vermeidung einer Stentthrombose ist nach Implantation eines DES die Einnahme von Pradaxa lebenslang und Clopidogrel für 6 Monate empfohlen.

Der postinterventionelle Verlauf gestaltete sich komplikationslos.

Pradaxa® 110 mg 1-0-1 bis 10.03.2022, danach 150 mg 1-0-1 lebenslang

Clopidogrel 75 mg 1-0-0 bis einschließlich 10.03.2022, danach absetzen

Simvastatin 40 mg 0-0-1

Ramipril 2,5 mg 2-0-1

Torasemid 10 mg 1-0-0

Lercanidipin 10 mg 1-0-0

Metoprolol 47,5 mg 1-0-1

Novaminsulfon 500 mg 1-1-1-1

Rez. Vorhofflattern / atriale Tachykardie mit tachykarder 2:1 Überleitung durch den Schrittmacher
- Umprogrammierung des Schrittmachers (PVARP, OGF, Mode-Switch)
Implantation eines DDD-Schrittmachers (Biotronik Enticos 4 DR) bei Tachy-Brady-Syndrom mit
int. AV-Block III.° 08/2021
Paroxysmales Vorhofflimmern

- CHA2DS2-VASc-Score 3 Punkte --> OAK mit Dabigatran

Der Patient stellte sich mit Einweisung vom Hausarzt in unserer Notaufnahme vor. Er berichtete, er habe seit ca. 2-3 Tagen Tachykardien, vor allem abends. Vor 3 Tagen habe er auch Dyspnoe in der Nacht verspürt. In der zentralen Notaufnahme gab er jedoch keine Luftnot oder Druck auf der Brust an. Im August war aufgrund eines Tachykardie-Bradykardie-Syndroms ein Zweikammer-Herzschrittmacher implantiert worden. Keine Angina pectoris bei Ankunft in der zentralen Notaufnahme.

Medikation bei Aufnahme: Pradaxa 110 mg 1-0-1, Clopidogrel 75 mg 1-0-0 (bis einschließlich 10.03.2022), Metoprolol 47,5 mg 1-0-1, Ramipril 5 mg 1-0-1/2, Lercanidipin 10 mg 1-0-0, Torasemid 10 mg 1-0-0, Simvastatin 20 mg 0-0-1, Novaminsulfon 500 mg 1-1-1-1

Die aktuelle Aufnahme des Patienten erfolgte aufgrund einer supraventrikulären Tachykardie mit Überleitung durch den DDD-Schrittmacher. Eine Schrittmacherkontrolle zeigte eine regelrechte Systemfunktion und rez. Vorhofflattern / atriale Tachykardien mit tachykarder 2:1 Überleitung als Ursache der Schrittmacherinduzierten Tachykardien, so dass wir zunächst die Dosis von Metoprolol erhöhten. Bei ausbleibendem Erfolg und weiterhin auftretenden Tachykardien programmierten wir dann den Herzschrittmacher um und passten die die post-ventrikuläre atriale Refraktärzeit, die obere Grenzfrequenz sowie Mode-Switch-Frequenz an. Bei der zweiten Untersuchung lag dann ein Sinusrhythmus mit A-Pace und V-Pace vor. Im Verlauf traten keine Tachykardien mehr auf und der Patient war komplett beschwerdefrei.

Pradaxa 110 mg 1-0-1 (bis einschließlich 10.03.2022, danach 150 mg 1-0-1 lebenslang)

Clopidogrel 75 mg 1-0-0 (bis einschließlich 10.03.2022)

Metoprolol 95 mg 1-0-1 (erhöht)

Ramipril 5 mg 1-0-1/2

Lercanidipin 10 mg 1-0-0

Torasemid 10 mg 1-0-0

Simvastatin 20 mg 0-0-1

Novaminsulfon 500 mg 1-1-1-1

Dekompensierte Herzinsuffizienz NYHA III-IV durch Tachyarrhythmie beim permanenten Vorhofflimmern (ED)

- Thrombos im linken Atrium
- CHA2DS2VASc-Score von 6 Punkten
- orale Antikoagulationstherapie mit Eliquis
- Frequenzkontrolle mit Betablocker und Digitoxin

SARS-CoV- 2 Infektion

- positiver PCR Nachweis von 17.11.2021

Die Patientin wurde mit dem v. a. dekompensierte Herzinsuffizienz uns eingewiesen. Eine Eigenanamnese war aufgrund einer bekannten Dysarthrie erschwert. Die Patientin gab auch Ruhedyspnoe an. Pectanginöse Beschwerden wurden verneint. Sie könne in letzter Zeit nicht flach liegen. Miktion und Defäkation: unauffällig.

Patientin sei nicht gegen COVID geimpft.

Vormedikation: Bisoprolol 5 mg 1-0-0, Valsartan 40 mg 1-0-0, Moxonidin 0,2 mg, 1-0-1, Amlodipin 10 mg 0-0-1, Atorvastatin 20 mg, 0-0-1, Pantoprazol 40 mg, 1-0-0, Calcium D3 1000 mg 1-0-0, Novaminsulfon 500 mg 1-0-1, Vitamin B12 Kps. 1-0-0, Sedacur forte 0-0-0-2, Zink 15 Kps. 0-0-1, Cefasel 100 mg 1-0-0.

Allergien: keine Angaben.

Die stationäre Aufnahme von.erfolgte bei kardialer Dekompensation im Rahmen einer Tachyarrhythmie bei Vorhofflimmern. Bereits in der Notaufnahme wurde bei erhöhter Herzfrequenz und erniedrigten Blutdruckwerten Digitoxin intravenös verabreicht. Des Weiteren pausierten wir initial die Blutdruckmedikation. Trotz Gabe von Betablocker und Digitoxin persistierte die Tachykardie bis 130/min. Nach Rücksprache mit der Betreuerin .., wurde vor der geplanten Elektrokardioversion eine TEE durchgeführt. Hier stellte sich am linken Atrium ein Thrombus direkt am Übergang mit reduziertem Verlauf dar. Dementsprechend erfolgte zur Frequenzstabilisierung die vorübergehende Erhöhung der Digitoxindosis auf 0,1 mg am Tag. In regelmäßigen, durchgeführten EKG-Kontrollen sahen wir eine Tendenz zur Frequenzstabilisierung. Die

Digitoxinspiegel zeigte sich im Normbereich. Bei einem CHA2DS2-VASc-Score von 6 Punkten leiteten wir nach Rücksprache mit der Betreuerin, eine orale Antikoagulationstherapie mit Eliquis (aufgrund des Alters und Gewichtes in reduzierter Dosis). Zusätzlich erhielt die Patientin zur kardialen Rekompensation eine parenterale diuretische Therapie. Darunter konnten wir insgesamt 5 Kilogramm an Gewicht mobilisieren. Aufgrund der Hypokaliämie wurde diese oral substituiert. Bei normotonen Blutdruckwerten wurde die Therapie mit Moxonidin abgesetzt.

Unter dieser Therapiemaßnahmen kam es zu Besserung der klinischen Symptomatik.

Während des Aufenthaltes wurde bei der Zimmernachbarin eine SARS-CoV-2-Infektion nachgewiesen. Diesbezüglich, nach Rücksprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt, wurde die Patientin auf unsere Isolierstation verlegt und bis 18.11.2021 isoliert. Am 17.11.2021 wurde erneut ein Test durchgeführt, dieser zeigte sich positiv, sodass die Quarantäne weiterhin fortgeführt werden musste. Die Patientin bot keine klinische Infektzeichen, Fieber wurde nicht dokumentiert, die Blutgasanalyse ergab keine Auffälligkeiten.

Eliquis 2,5 mg	1-0-1	
Bisoprolol 5 mg		1-0-1
Digitoxin 0,07 mg		1-0-0
Valsartan 80 mg		1-0-0
Amlodipin 5 mg		1-0-1
Torasemid 10 mg		1-0-0
Atorvastatin 20 mg		0-0-1
Pantoprazol 40 mg		1-0-0
Calcium D3 1000 mg	1-0-0	
Levodopa/Benserazid 100/25 mg	1-1-1	
Vitamin B12 Kps.		1-0-0
Sedacur forte	0-0-0-2	
Zink 15 Kps.	0-0-1	
Cefasel 100 mg	1-0-0	
Ferrosanol 40 mg		1-0-0

Instabile AP

Globale kardiale Dekompensation wegen ischämischer Kardiomyopathie, HFrEF (<30%)

- NYHA II-III
- NT-proBNP: 11 178 pg/ml
- Pleuraerguss rechts

. stellte sich in Begleitung vom Notarzt in unserer Notaufnahme vor. Der Patient berichtete, er sei in der Nacht aufgestanden und aufs Klo gegangen. Dann habe er plötzlich einen retrosternalen Druck auf der Brust verspürt sowie Dyspnoe. Die Tochter habe den Rettungsdienst deswegen alarmiert. Bei Eintreffen des Rettungsdienstes haben die Beschwerden bereits sistiert. Der Patient gab in der zentralen Notaufnahme an, sich insgesamt sehr schlapp zu fühlen. Er habe in der letzten Zeit keinen Gewichtszunahme bemerkt. Seit mehreren Tagen habe er jedoch Husten, in den letzten Tagen seien die schlimmer geworden. Der Patient bekam bereits vom Notarzt ASS sowie Heparin intravenös.

Der Patient ist bereits gegen SARS-CoV-2 2 mal geimpft.

Medikamente bei der Aufnahme: Rivaroxaban 15 mg 1 -0 -0, Bisoprolol 5 mg 1 - 0- 1, Ramipril 5 mg 0,5 -0 0,5, Lercanidipin 10 mg 1 -0 -0, Eplerenon 25 mg 1 -0 -0, Atorvastatin 20 mg 0- 0- 1, Pantozol 40 mg 1 -0 -0.

Die aktuelle Aufnahme von . erfolgte aufgrund eines akuten Koronarsyndroms und einer dekompensierter Herzinsuff. . Laborchemisch konnten wir einen akuten Myokardinfarkt ausschließen. Der NT-proBNP lag bei der Aufnahme bei 11.178 pg/ml, röntgenologisch war einen großen Pleuraerguss rechts zu sehen. Echokardiografisch bestätigte sich der Pleuraerguss rechts und konnte eine deutliche reduzierte LV-Funktion (< 30 %) dargestellt werden. Wir leiteten eine forcierte diuretische Therapie mit Furosemid intravenös ein. Darunter könnten wir 11 Kilo mobilisieren. Es kam zu einer deutlichen Verbesserung der Beschwerden des Patienten. Aufgrund der bekannten koronaren Herzerkrankung und der erneuten kardialen Dekompensation, führten wir am 8.11.2021 eine Koronarangiografie durch. In der Untersuchung konnten wir ein Progress der bekannten KHK diagnostizieren. Führender Befund war eine hochgradige Stenose vom 80-90 % im RD 1, die interventionell angegangen und mit einer DES-Implantation behandelt wurde. Wir empfehlen die weitere Einnahme von Clopidogrel für 6 Monate und Rivaroxaban lebenslang . Eine FFR-Messung des RIVA soll in 6 Wochen erfolgen. Wir vereinbarten einen Termin in Domo am 20.12.2021 um 7:00 Uhr.

Eine Herzinsuffizienztherapie wurde mit Jardiance sowie Entresto erweitert. Wir empfehlen eine erneute echokardiografische Kontrolle in 3 Monaten.

Eine sonografische Kontrolle des Pleuraergusses erfolgte nach Rekompensation. Hier war kein punktionswürdiger Erguss mehr zu sehen.

Wir bitten um regelmäßige Kontrolle und konsequente Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren im Verlauf sowie jährliche ambulante kardiologische Nachsorgeuntersuchungen.

Rivaroxaban 15 mg 1-0-0 bis einschl. 09.05.2022, danach erhöhen auf 20 mg 1-0-0 lebenslang

Clopidogrel 75 mg 1-0-0 neu, bis einschl. 09.05.2022

Bisoprolol 5 mg 1-0-1

Entresto 24/26 mg 1-0-1, neu. Weitere Dosissteigerung alle 2 Wochen, zunächst auf 49/51 mg 1-0-1, Zieldosis 97/103 mg 1-0-1.

Jardiance 10 mg 1-0-0 (neu)

Lercanidipin 10 mg 1 -0 -0

Eplerenon 25 mg 1 -0 -0

Torasemid 5 mg 1-0-0 (neu)

Atorvastatin 20 mg 0- 0- 1

Pantozol 40 mg 1 -0 -0

Akut auf chronisches Nierenversagen Stadium 1 nach KDIGO

- postrenalere Genese bei Harnverhalt multifaktorieller Genese
- mit Hyperkaliämie unter Spironolactontherapie
- mit metabolischer Azidose

Harnwegsinfekt mit Nachweis von E.coli in der Urinkultur

Der Patient stellte sich mit Einweisung vom Hausarzt bei zunehmendem Nierenversagen und Hyperkaliämie in unserer zentralen Notaufnahme vor. Er gab bei der Aufnahme an, für längere Zeit Thomapyrin 2 x täglich bei chronischen Schmerzen eingenommen zu haben. Des Weiteren habe vor 5 Tagen für 1 Tag ausgeprägte Diarrhoe bestanden. Ansonsten habe er keine Symptome gehabt, kein Fieber, keine Luftnot. Zuhause sei er zuletzt am Rollator mobil gewesen. Allergien bestünden nicht.

Bisherige Medikation: Lixiana 30 mg 1-0-0, Ramipril 5 mg 0,5-0-0, Pantozol 40 mg 12-0-0, Simvastatin 20 mg 0-0-2, Spironolacton 50 mg 0,5-0-0, Nitrospray bei Bedarf 1 Hub, Bisoprolol 2,5 mg 0,5-0-0, Vigantolekten 1000 I.E. 1-0-0, Metamizol 500 mg 1-1-1, Torasemid pausiert.

Die stationäre Aufnahme vom ... erfolgte bei akut auf chronischen Nierenversagen am ehesten postrenalere Genese mit Hyperkaliämie und einer dekompensierten metabolischen Azidose zunächst auf unsere Intensivstation. Laborchemisch zeigte sich eine Verschlechterung der Nierenretentionsparametern im Vergleich zu den Vorwerten von 2018. Zudem zeigte sich eine metabolische Azidose von initial 7,16 und Hyperkaliämie von 7,62 mmol/L. Sonographisch zeigte sich ein Harnverhalt mit Nierenstauung beidseits als ursächlich für das akut auf chronisches Nierenversagen. Ein Harnblasen-Dauerkatheter wurde gelegt. Zudem wurde bei metabolischer Azidose Natriumbicarbonat intravenös verabreicht.

Durch Inhalation mit Salbutamol, Resonium und intravenöser Gabe von Glucose mit Insulin konnte die Hyperkaliämie ausgeglichen werden. Die bestehende Therapie mit Spironolacton wurde abgesetzt. Am Folgetag besserten sich die Nierenretentionsparameter deutlich und ... konnte auf unsere internistische Normalstation verlegt werden. Auch in den weiteren Kontrollen zeigte sich eine Besserung der Nierenfunktion und stabile Kaliumwerte.

Im Rahmen eines Harnblasenkatheter-Auslassversuches kam es jedoch zu einem erneuten Harnverhalt, sodass die Versorgung mit einem Harnblasenkatheter wieder aufgenommen wurde und wir unseren urologischen Kollegen Herr Dr. Mseddi hinzuzogen. Der Verdacht auf rezidivierenden Harnverhalt bei Elektrolytverschiebung und Obstipation wurde geäußert, eine leichte Obstruktion bei Prostataverkalkung konnte jedoch nicht gänzlich ausgeschlossen werden, sodass eine Therapie mit Tamsulosin eingeleitet wurde. Im Verlauf kam es zu ansteigenden Infektwerten, zunächst wurde als Ursache eine Thrombophlebitis im Bereich des linken Handrückens in Betracht gezogen. Bei klinischer Besserung aber weiterhin steigenden Infektwerten sowie multisensiblen E.coli in der Urinkultur gehen wir von einem Harnwegsinfekt als Infektfokus aus. Die Blutkulturen blieben steril. Eine antibiogrammgerechte antibiotische Therapie mit Ampicillin wurde eingeleitet und insgesamt für 6 Tage fortgeführt. Hierunter zeigten sich die Infektwerte gut rückläufig, Fieber trat während des stationären Aufenthaltes nicht auf.

Nach Beendigung der antibiotischen Therapie kam es jedoch im Rahmen eines wiederholten Katheter-Auslassversuchs erneut zu einem Harnverhalt, sodass die Versorgung mit einem

Dauerkatheter erfolgte. Der Katheter kann vorerst belassen werden, ein Wechsel sollte nach ... erfolgen. Ein Termin bei unserem urologischen Kollegen Dr. Mseddi wurde für Montag, den ... Sonografisch stellte sich in der weiteren Diagnostik zudem ein Pleuraerguss rechtsseitig dar. Bei Unterschenkelödemen und Pleuraerguss und bekannter ischämischer Kardiomyopathie begannen wir mit einer intravenösen diuretischen Therapie. In einer Kontrolle zeigte sich der Pleuraerguss gut rückläufig. Echokardiographisch stellte sich eine erhaltene LV-Funktion sowie leicht- bis mittelgradige funktionelle Mitralklappeninsuffizienz bei leicht dilatiertem linken Vorhof dar. Wir empfehlen auch weiterhin auf eine maximale tägliche Trinkmenge von 1,5 Liter zu achten sowie regelmäßige Gewichtskontrollen.

Während des stationären Aufenthaltes kam es zu muskelkaterähnlichen Schulterschmerzen mit Einschränkung des Bewegungsumfanges in beiden Schultergelenken bei bekannter Polymyalgia rheumatica. In Rücksprache mit dem behandelnden Rheumatologen Dr. Turin wurde aktuell bei spontan gut rückläufigen Beschwerden und noch erhöhten CRP-Werten im Rahmen des Harnwegsinfekts auf eine Therapie mit Kortikosteroiden verzichtet. Ein Termin in der Praxis Dr. Turin wurde für den 05.08.2021 um 10:30 Uhr vereinbart.

Auch klagte .. zeitweise über seit längerem bestehende nächtliche brennende Beinschmerzen in beiden Beinen. Eine Therapie mit Pregabalin 25 mg 2-mal täglich wurde begonnen, hierunter kam es bereits zu einer leichten Besserung der Beschwerden. Die Dosis kann im Verlauf nach Wirksamkeit und Verträglichkeit unter Berücksichtigung der Nierenfunktion weiter gesteigert werden. Sollte es hierunter nicht zu einer zufriedenstellenden Besserung der Beschwerden kommen, wurde neurologisch bei differentialdiagnostisch auch denkbarem Restless-legs-Syndrom ein Therapieversuch mit Restex 100/25 mg abends empfohlen.

Der Patient wurde während des stationären Aufenthaltes physiotherapeutisch beübt und war mit einem Rollator mit Armstützen auf Zimmerebene mobil.

Am .. können wir .. nach Hause und in Ihre weitere ambulante Behandlung entlasse. Bei Rückfragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung. Bei Auftreten neuer Aspekte ist eine erneute ärztliche Vorstellung angeraten.

Nicht objektivierbare Dyspnoe bzw. thorakale Schmerzen

- kein Hinweis auf kardiale Dekompensation
- Ausschluss akute Myokardischämie

Die Patientin kommt von Zuhause mit notärztlicher Begleitung. Sie berichtet, dass seit dem heutigen Tag ein Beklemmungsgefühl links thorakal besteht sowie anfallsartig Luftnot. Bei Ankunft in der Notaufnahme war die Patientin bereits beschwerdefrei, vom Notarzt hatte sie 5000 Einheiten Heparin i.v. sowie 2 mg Morphin i.v. erhalten...Die stationäre Aufnahme von ... erfolgte am ...2020 aufgrund von erneuter Dyspnoe Symptomatik.

Laborchemisch konnte eine akute Myokardischämie ausgeschlossen werden, wie vorbekannt zeigten sich erhöhte Nierenretentionsparameter, die GFR von 16 ml/min entspricht in etwa den Vorwerten. Laborchemisch zeigt sich das NT-proBNP mit 524 pg/ml nur minimal erhöht und im Vergleich zu den Vorwerten sogar mehr als halbiert. Die Luftnot ließ sich nicht objektivieren, in mehreren Messungen hatte die Patientin eine Sauerstoffsättigung von über 96% unter Raumluft. Die Patientin war während des kompletten Aufenthaltes afebril und zeigte durchweg einen Blutdruck von < 150 mmHg systolisch.

Da die Dyspnoe nicht objektivierbar war, stellten wir die Patientin konsiliarisch psychiatrisch vor, hier wurde eine Demenz unklarer Genese diagnostiziert. Wir gehen davon aus, dass im Rahmen der Demenz die Pat. zunehmend hilflos reagiert, diese die Angststörung aggraviert und es so zu Situationen mit Dyspnoe bzw. thorakalen Schmerzen kommt.

Diese Problematik wurde ausführlich mit dem Sohn der Pat. besprochen, wir sehen eine weitere stationäre Abklärung für indiziert (s. Procedere).

Global dekompensierte Herzinsuffizienz NYHA III

- HFpEF multifaktorieller Genese
- NT-Pro-BNP: 9196 pg/ml
- mittelgradige Mitralklappeninsuffizienz

Stauungspneumonie

Akute Nierenschädigung AKIN 2 bei vorbestehender chronischer Niereninsuffizienz Stadium KDIGO 3

Koronare Eingefäßerkrankung ED 01/2020

- PTCA und DES Implantation in RCX (23.01.2020, Klinikum Main-Spessart, Lohr)

Permanentes Vorhofflimmern

-CHA2DS2-VASc-Score: 7 -> orale Antikoagulation mit Apixaban

Die Patientin wurde vom Rettungsdienst wegen Atemnot und Angina pectoris in unsere Notaufnahme eingeliefert. Sie berichtet über seit dem Vortag bestehende Dyspnoe sowie ein leichtes Druckgefühl und Schmerzen auf der Brust, eine Ausstrahlung der Schmerzen wird verneint, ihr sei jedoch übel, erbrochen habe sie nicht. Belastungsdyspnoe habe die Patientin schon länger bemerkt, nach 4-5 Treppenstufen bekomme die Luftnot.....Die stationäre Aufnahme der Patientin erfolgte wegen Dyspnoe und Gewichtszunahme bei klinisch und röntgenologisch dekompensierter Herzinsuffizienz.

Korrelierend hierzu war der NT- proBNP-Spiegel deutlich erhöht, zudem sahen wir erhöhte Infektparameter. Eine forcierte diuretische Therapie bei Flüssigkeitsrestriktion wurde eingeleitet, hierunter konnten ca. 7 kg Flüssigkeit mobilisiert werden. Desweiteren erfolgte eine antibiotische Therapie mit Unacid über 5 Tage unter der Annahme einer Stauungspneumonie.

Unter diesem Therapieregime besserte sich der Allgemeinzustand der Patientin deutlich.

Eine initial hochgradig anmutende Mitralklappeninsuffizienz stellte sich in der echokardiographischen Kontrolle nach Rekompensation insgesamt als noch mittelgradig dar, sodass aktuell keine Indikation zur operativen Sanierung bestand.

Die initial erhöhten Nierenretentionswerte im Rahmen eines kardiorenenalen Syndroms waren im Zuge der Rekompensation gut regredient und der Serumkreatininspiegel halbierte sich von 4,58 auf 2,19 mg/dl. Wir empfehlen eine nephrologische Mitbetreuung mit regelmäßigen Kontrollen der Werte und den Verzicht auf nephrotoxische Substanzen.

Der weitere stationäre Verlauf gestaltete sich komplikationslos, ... war zufriedenstellend auf Stationsebene mobil.

Sigmadivertikulitis bei bekannter Sigmadivertikulose

Frau ... wurde uns am ... durch den Rettungsdienst vorgestellt. Die Patientin habe seit längerer Zeit rezidivierend Schmerzen im linken Unterbauch, diese seien am Aufnahmetag besonders stark gewesen, so dass sie den KV-Dienst verständigt hatte, dieser wies sie mit dem Rettungsdienst in unserer Notaufnahme ein. Die Patientin habe kein Fieber, kein Schüttelfrost. Der letzte Stuhlgang sei unauffällig und ohne Blutbeimengung, Übelkeit und Erbrechen bestünden an. Sie gab an, insgesamt viele Tabletten nehmen zu müssen, darunter befänden sich auch Schmerzmittel. Laut des mitgebrachten Medikationsplans handelt es sich hierbei am ehesten um Novamintropfen. Zudem habe sie für eine Woche Ciprofloxacin, aufgrund einer Divertikulitis, eingenommen, hieraus geht leider nicht hervor, wann sie dies eingenommen habe.... Frau ... wurde uns am ... durch den Rettungsdienst vorgestellt. Die Patientin habe seit längerer Zeit rezidivierend Schmerzen im linken Unterbauch, diese seien am Aufnahmetag besonders stark gewesen, so dass sie den KV-Dienst verständigt hatte, dieser wies sie mit dem Rettungsdienst in unserer Notaufnahme ein. Die Patientin habe kein Fieber, kein Schüttelfrost. Der letzte Stuhlgang sei unauffällig und ohne Blutbeimengung, Übelkeit und Erbrechen bestünden an. Sie gab an, insgesamt viele Tabletten nehmen zu müssen, darunter befänden sich auch Schmerzmittel. Laut des mitgebrachten Medikationsplans handelt es sich hierbei am ehesten um Novamintropfen. Zudem habe sie für eine Woche Ciprofloxacin, aufgrund einer Divertikulitis, eingenommen, hieraus geht leider nicht hervor, wann sie dies eingenommen habe.....

Erstmals dokumentiertes persistierendes Vorhofflimmern

- EHRA: I
- Nachweis eines LAA-Thrombus (TEE vom 10)
- CHA2DS2-VASc-Score: 1 -> Einleitung einer oralen Antikoagulation mit Apixaban

Arterielle Hypertonie mit Septumhypertrophie

Depression

Herr... wurde von seiner Hausärztin wegen eines neu diagnostizierten Vorhofflimmerns stationär eingewiesen. Der Patient berichtete, daß er wegen einer bekannten Depression mit aktuell vermehrten Beschwerden in hausärztlicher Behandlung sei. Er nehme Mirtazapin ein und es sei eine Dosiserhöhung geplant gewesen. Vorher habe die Hausärztin ein EKG zur Kontrolle der QT-Zeit geschrieben. Hier sei neu Vorhofflimmern aufgefallen. Der Patient verspürt keine Palpitationen, keine Leistungsminderung, keine Dyspnoe, keine Angina pectoris.... Die stationäre Aufnahme von ... erfolgte wegen eines erstmals diagnostizierten asymptomatischen Vorhofflimmerns, welches bei der Hausärztin in einer EKG-Kontrolle aufgefallen war.

Die transthorakale Echokardiographie zeigte eine wulstartige Septumhypertrophie, passend zu einem beginnenden Cor hypertonicum mit jedoch noch normaler linksventrikulärer systolischer Funktion als Ursache der Rhythmusstörung. In der transösophagealen Echokardiographie konnte ein Thrombus im LAA nachgewiesen werden, weshalb wir auf die elektrische Kardioversion

verzichten mussten. Die bei der Aufnahme eingeleitete Antikoagulation mit Clexane stellten wir auf Apixaban per os um. Eine Frequenzregulierung gelang durch Dosiserhöhung des Betablockers. Wir entliessen Herrn beschwerdefrei und in gutem Allgemeinzustand in Ihre weitere hausärztliche Betreuung.

Paroxysmales Vorhofflimmern (ED 0)

- EHRA: I, CHA2DS2-VASc-Score: 1
- Spontankonversion in den Sinusrhythmus
- aktuell asymptomatische Bradykardie unter Betablocker-Therapie

LAA-Thrombus (TEE vom 11.12.2020)

- orale Antikoagulation mit Apixaban bis 02/2021
- aktuell kein intracardialer Thrombus mehr nachweisbar (TEE vom ...)

Arterielle Hypertonie mit Septumhypertrophie

Depression

Herr ... stellte sich zur Kontrolle-TEE vor, nachdem im Dezember 2..0 bei damals erstmalig dokumentiertem Vorhofflimmern ein LAA-Thrombus gesehen worden war. Für 8-9 Wochen hatte der Patient daraufhin bis Mitte Februar . die von uns empfohlene orale Antikoagulation mit Apixaban eingenommen. Nachdem zwischenzeitlich keine Beschwerden mehr aufgetreten waren und sich mittlerweile auch wieder Sinusrhythmus eingestellt hat, hatte der Patient die Antikoagulation mittlerweile wieder abgesetzt. Den TEE-Kontrolltermin im Februar konnte er nicht wahrnehmen, sodass er sich erst jetzt wieder zur Kontrolluntersuchung bei uns vorstellt. Bis auf die abgesetzte orale Antikoagulation ist die Dauermedikation gleich geblieben inklusive der Einnahme von Mirtazapin gegen Depressionen.

Er fühle sich gut, kein Fieber. Palpitationen, Schwindel, Synkopen, Dyspnoe sowie Stenokardien werden verneint. Ein langsamer Puls sei bei ihm schon immer bekannt, er nehme schon seit Jahren aufgrund arterieller Hypertonie Metoprolol ein....Herrn ... stellte sich am ... prästationär zur TEE-Kontrolle vor, nachdem ein LAA-Thrombus bis Mitte Februar 2021 durch Apixaban behandelt worden war.

Im EKG sahen wir unter laufender Metoprololtherapie eine Sinusbradykardie, die laut des Patienten schon lange bekannt ist und keinerlei klinische Probleme verursacht.

In der transösophagealen Echokardiografie zeigte sich erfreulicherweise kein Thrombus mehr. Bei einem CHA2DS2-VASc-Score von 1 Punkt könnte nach Leitlinie auf eine orale Antikoagulation verzichtet werden, da es jedoch bereits zu einer Thrombusbildung in der Vergangenheit gekommen ist, empfehlen wir zunächst eine Fortführung der oralen Antikoagulation für mindestens weitere 3 Monate. Diese Empfehlung wurde mit dem Patienten ausführlich besprochen.

Aufgrund der asymptomatischen Sinusbradykardie mit Herzfrequenzen von unter 40/min halbierten wir die Betablockerdosierung. Auf ein komplettes Absetzen des Betablockers wurde zur Rhythmuskontrolle verzichtet. Wir ergänzten die antihypertensive Medikation im Gegenzug um Ramipril.

Nach unauffälliger Überwachung konnte ... am gleichen Tag die Klinik wieder verlassen.

Kollaps bei Alkoholintoxikation bei chronischem Alkoholabusus

Z.n. Obere GI-Blutung (06/ 2019) bei

- Refluxösophagitis Grad IV (nach Savary Miller) mit akut entzündlichen
- Long-Segment-Barrett-Ösophagus (LSBE)
- Erosive Duodenitis
- V. a. portal-hypertensive Gastropathie

Z.n. Clostridienenteritis antibiotische Therapie mit Metronidazol (06/2019)

Der Patient wurde durch den Rettungsdienst eingeliefert. Er ist kollabiert und hat der Rettungsdienst alarmiert. Initial sei er hypoton gewesen. In der Zentralen Notaufnahme zeigte sich der Patient leicht müde aber wach ansprechbar und orientiert. Ein chronischer Alkoholabusus ist vorbekannt. Der Patient trinke regelmäßig Bier. Er habe nach dem Sturz keine Schmerzen.

Sozialanamnese: Der Patient wohnt alleine, seine Familie wohne über 100 km von hier entfernt.

Medikamentenanamnese: Metoprolol 47,5 mg 0-0-1, Ramipril 5 mg 1-0-0, Allopurinol 100 mg 1-0-0, Pantozol 40 mg 1-0-0.

Die Aufnahme des Patienten erfolgte notfallmäßig bei Kollaps im Rahmen einer Alkoholintoxikation bei chronischem Alkoholabusus. Der Ethanolspiegel lag bei 3,4 Promille. Der Patient erhielt Flüssigkeitszufuhr und wurde überwacht. Am Folgetag hatte er weiterhin Schwäche und Kopfschmerzen angegeben, sodass eine symptomatische Therapie notwendig war. Daraufhin

ist es zu einer Besserung gekommen und wir haben den Patienten beschwerdefrei am .. entlassen.

Kollaps bei akuter Alkoholintoxikation

- Blutalkohol bei Aufnahme 2,5 g/l
- chronischer Alkoholabusus

Hyponatriämie

Der Patient stellte sich in rettungsdienstlicher Begleitung in unserer Zentralen Notaufnahme vor.

Am Aufnahmetag war er einkaufen gewesen, auf dem Rückweg nach Hause sei er zweimal gestürzt. Ein chronischer Alkoholabusus war bekannt. Bei Aufnahme verneinte der Patient Alkoholkonsum am Aufnahmetag, er habe am Vorabend 5 Flaschen Bier getrunken. Er gab in der Notaufnahme keine Beschwerden an, frische äußerliche Verletzungen waren nicht zu sehen.

Vegetative Anamnese: Gewichtsverlauf und Appetit stabil. Stuhlgang und Miktio: ohne pathologischen Befund....Die stationäre Aufnahme von ... erfolgte nach stattgehabten Kollaps.

Dieser wurde im Rahmen einer akuten Alkoholintoxikation bei bekanntem chronischen Alkoholabusus gewertet. Bei Aufnahme lag der Blutalkohol bei 2,5 g/l. Der Patient erhielt zunächst intravenös Flüssigkeit und wurde stationär überwacht. Echokardiographisch fanden sich keine Auffälligkeiten.

Im Verlauf gab der Patient Schmerzen im linken Schulterbereich an. Klinisch präsentierte sich mehrere Hämatome im Bereich der linken Körperhälfte, insbesondere an der linken Schulter und dem linken Hemithorax. Röntgenologisch zeigte sich kein Hinweis auf eine frische knöcherne Verletzung. Wir baten unsere unfallchirurgischen Kollegen um Mitbeurteilung, die ein konservatives Procedere mit schmerzadaptierter Analgesie, Kühlung, Schonung und Mobilisation unter Vollbelastung empfahlen. Unter einer Bedarfstherapie mit Novaminsulfon kam es nur zögerlich zu einer Besserung der Schmerzen. Wir empfehlen daher zunächst die Einnahme von Novaminsulfon 4-mal täglich, nach Besserung der Schmerzen kann die Medikation zunächst reduziert und im Verlauf abgesetzt werden. Laborchemisch zeigte sich bei Aufnahme zudem eine Hyponatriämie. Diese konnte im Verlauf erfolgreich vorsichtig ausgeglichen werden.

Am ...konnten wir .. nach Hause und in Ihre weitere ambulante Behandlung entlassen. Bei Rückfragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung. Bei Auftreten neuer Aspekte ist eine erneute ärztliche Vorstellung angeraten.

Global kardiale Dekompensation bei chronischer Herzinsuffizienz, HFpEF

- NYHA III, NT-proBNP 2196 pg/ml
- pulmonale Hypertonie und chronische Rechtsherzbelastung
- Verordnung einer Sauerstoffheimtherapie

Frau .. wurde uns am .. durch den Rettungsdienst bei klinischen Zeichen einer kardialen Dekompensation vorgestellt. Seit dem Vortag klagte die Patientin über zunehmende Dyspnoe sowie Beinödeme. Zuletzt war die Patientin im Juni 2020 stationär in unserem Haus aufgrund einer kardialen Dekompensation im Rahmen einer hypertensiven Herzerkrankung. Damals konnte eine Trikuspidalklappeninsuffizienz Grad II-III festgestellt werden. Zudem bestand bei der Patientin eine bekannte koronare Herzerkrankung sowie Vorhofflimmern....Die stationäre Aufnahme von Fraut erfolgte bei kardialer Dekompensation. Laborchemisch zeigte sich ein deutlich erhöhtes NT-proBNP mit 2200 pg/ml. Passend hierzu sowie zu den klinischen Beschwerden der Patientin, zeigte sich im Röntgen-Thorax das Bild einer zentralen Stauung. Wir begannen eine intravenöse diuretische Therapie mit Lasix. Hierunter konnten insgesamt 5 Liter entzogen werden. Die Beschwerdesymptomatik besserte sich hierunter deutlich, sodass wir die diuretische Medikation wieder auf Torasemid oralisieren konnten. Hierunter blieb das Gewicht weiterhin stabil. Aufgrund der weiterbestehenden eingeschränkten SpO₂-Werte veranlassten wir eine BGA mit und ohne Sauerstoff. Hierbei zeigte sich, dass die Patientin deutlich von der Sauerstofftherapie profitierte, sodass wir die Indikation zu einer Heimsauerstoffversorgung gegeben sahen. Diese wurde auch bereits für die Patientin beantragt. Pectanginöse Beschwerden bestanden zu keinem Zeitpunkt. Echokardiografisch war eine gute LV-Funktion, sowie eine mittelgradige Mitralklappeninsuffizienz und eine hochgradige Trikuspidalklappeninsuffizienz zu sehen.

Mit der Patientin, sowie deren Angehörigen wurde eine Trinkmengenrestriktion von 1,5 L pro Tag besprochen, sowie tägliches wiegen.

Desweiteren gab die Patientin an, dass bisher noch kein Batteriewechsel des implantierten Schrittmacheraggregates erfolgt sei. Zudem läge die letzte Schrittmacherkontrolle auch ein bis zwei Jahre zurück. In der durchgeführten Schrittmacherkontrolle zeigte sich eine regelrechte Funktion, sowie eine Restkapazität von 50%.

Unter physiotherapeutischer Anleitung konnte wieder mobilisiert werden, sodass sie kurze Strecken auf Zimmerebene am Rollator selbstständig zurücklegen konnte. Die Patientin ist aber leider insgesamt noch eher unsicher auf den Beinen, sodass wir auch für die weitere Zeit empfehlen würden die Patientin mittels Physiotherapie und ggf. auch Ergotherapie weiter zu unterstützen.

Die stationäre Aufnahme erfolgte elektiv zum Re-Staging und zur Therapiefortsetzung mit Trabectedine bei Leiomyosarkom. Es erfolgte CT des Thorax, Abdomen sowie Becken zum Re-Staging, wobei stable Disease verzeichnet werden konnte. Die Therapie wurde nach Ausschluss von Kontraindikationen ab dem 01.02.2024 verabreicht und wurde ohne Zeichen von Akuttoxizität gut vertragen. Bei zurückliegender febriler Neutropenie erfolgte am 03.02.2024 die Gabe von Pegfilgrastim.

In klinisch stabilem Allgemeinzustand entlassen wir Frau Borgese am 03.02.2024 in Ihre geschätzte weitere ärztliche Betreuung.

Die nächste stationäre Aufnahme wurde für den 22.02.2024 Chemotherapie vorgesehen

Bitte um Laborkontrollen (insbesondere großes Blutbild, zusätzlich Elektrolyte, Nierenwerte, Leberwerte, CK) im Nadir am 10.02.2024 dann wöchentlich. Bei therapie-/erkrankungsbedingten Komplikationen insbesondere bei Fieber $> 38,2^{\circ}\text{C}$ oder anderen klinischen Zeichen einer Infektion in der Neutropenie, Blutungszeichen, transfusions-pflichtigen BB-Veränderungen ($\text{Hb} < 8 \text{ g/dl}$; Thrombozyten $< 10.000/\mu\text{l}$) oder AZ-Verschlechterung bitten wir Sie um die direkte vorzeitige Wiedervorstellung des Pat. in unserer Abteilung, außerhalb der Dienstzeiten auch über unsere Notaufnahme.

Elektive stationärer Wiederaufnahmetag zur Therapiefortsetzung am Mittwoch den 22.02.2023 gegen 10.30 Uhr; wir bitten am Tag der stationären Aufnahme gegen 09.00Uhr zur telefonischen Kontaktaufnahme unter

Hämophagozytische Lymphohistiozytose, DD Pembrolizumab-assoziiert

- 5/7 Kriterien erfüllt
 - Triglyzeride 368 mg/dl
 - Ferritin: 13.357 ng/ml
 - sIL-2R: 9181U/ml
 - Fieber bis $38,4^{\circ}\text{C}$
 - Splenomegalie
 - H-Score: 189P (70-80% Wahrscheinlichkeit)
 - kein Nachweis einer EBV- oder CMV-Replikation
- Inflamations-assoziierte Hepatitis
- Sonographie: Steatosis hepatis
 - CMV: nicht nachweisbar
 - HBV PCR: schwach positiv, $< 10\text{IU/ml}$

Kardio b

Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, HFrEF

- Aktuell: Massive globale kardiale Dekompensation
- Genese: ischämischer, valvulärer und rhythmogener Genese
- Plan: Einleitung einer HI-Therapie, Rekompensation, Diskussion über CardioMEMS™ HF-System
- Entlassgewicht: 63.8 kg

Stauungspneumonie

- antibiotische Therapie mit Ampicillin/ Sulbactam (25.10.2023- 02.11.2023)
- brief

Die stationäre Aufnahme des Patienten erfolgte mit Dyspnoe und AZ Verschlechterung, sowie O2 Pflichtigkeit.

Klinisch und radiologisch bestand eine kardiale Dekompensation mit Beinödemen und Dyspnoe (NYHA III).

Unter intravenöser diuretischer Therapie konnte eine Negativbilanz von insgesamt 5 kg erreicht werden (Entlassungsgewicht: 63.8 kg). Bei bekannter reduzierter Ejektionsfraktion leiteten wir leitliniengerecht eine HI-Therapie ein. Wir bitten um eine Optimierung der HI-Therapie im Verlauf. Es wurde mit dem Pat. die Möglichkeit einer Implantation eines CardioMEMS™ HF-System besprochen und der Pat. wäre tendenziell einverstanden. Es wird dem Pat. zeitnah einen Termin zum Aufklärungsgespräch mitgeteilt.

Bei deutlich erhöhten Infektparametern und Infiltraten im Rahmen einer stauungsassoziierten Pneumonie initiierten wir eine kalkulierte antibiotische Therapie mit Unacid. Unter der antibiotischen Therapie zeigten sich die Infektparametern rückläufig. Im Verlauf konnte eine adäquate Sättigung unter Raumluft erreicht werden.

Die Nierenretentionsparameter zeigten sich initial deutlich erhöht und normalisierten sich regelrecht. Bei INR Entgleisung initial musste Xarelto bis zur Normalisierung pausiert werden.

Im Verlauf kam es zum Harnverhalt, weshalb ein DK gelegt wurde. Im Verlauf konnte den DK erfolgreich entfernt wird. Wir bitten um eine ambulante Vorstellung beim niedergelassenen Urologen.

kArdio Empfehlung

- Optimierung der Herzinsuffizienztherapie bis zur empfohlenen Maximaldosierung. Darunter regelmäßige Kontrolle der Elektrolyte und Nierenwerte und ggf. Anpassung der Medikation.
- Trinkmengenrestriktion auf 1,5L täglich.
- bei Gewichtszunahme, Dyspnoe, zunehmenden Ödemen, etc. unverzügliche ärztliche Vorstellung zur Evaluation der diuretischen Therapie.

Die Aufnahme erfolgte bei den oben beschriebener Symptomatik. Laborchemisch zeigte sich einen Anstieg der Infektparameter mit erhöhten Retentionsparametern. Im Urinstatus ergab Hinweis auf einen nitritpositiven Harnwegsinfekt, es erfolgte eine antibiotischen Therapie mit Ampicillin/Sulbactam für 5 Tage. Mikrobiologisch war in der Urinkultur, unter laufender antibiotischen Therapie, keine keime nachzuweisen.

Unter dieser Therapie kam es zu deutlicher klinischen Besserung und Entfieberung. Frau Inderwies wirkte trotz der Aphasie und der Demenz wacher und kontaktierbar. Passend zu Klinischem Bild konnte einen Regredienz der Entzündungsparameter und Nierenretentionsparameter verzeichnet werden. Unter Flüssigkeitssubstitution war die Hybernatriämie ausgeglichen.

Die stationäre Aufnahme von Frau Fxerfolgte bei fieberhaftem Infekt. Laborchemisch zeigte sich ein leichter Anstieg der Entzündungsparameter. Als Ursache des einmaligen Fiebers konnte ein Harnwegsinfekt sowie eine Pneumonie ausgeschlossen werden. Sonografisch zeigten sich bis auf das Bild einer Steatosis hepatis keine Auffälligkeiten. Die entnommenen Blutkulturen wiesen keine Keim nach.

Die Beschwerden der Patientin lassen sich im Rahmen eine viralen Infektes erklären. Hiernach wurde die bereits begonnen antibiotische Therapie beendet. Bei entgleisten Blutdruckwerten wurde das Lisinopril erhöht.

Die Vorstellung erfolgt als Übernahme aus der Akutgeriatrie Marktheidenfeld, wo die Patientin sich seit dem 11.09.2019 befand. Anamnestisch klagt sie über Schmerzen an der rechten Schulter nach Sturz. Die Frage nach Diarrhoe, Übelkeit und Erbrechen wurde verneint. Im Rahmen einer Laborkontrolle stellten die Kollegen erhöhte Cholestase- und Entzündungsparameter fest. Es erfolgte die Verlegung in unser Krankenhaus zur weiteren Diagnostik und Therapie. Vorbekannt ist eine Cholezystolithiasis.....Die stationäre Aufnahme wurde als Verlegung aus der Akutgeriatrie Marktheidenfeld bei V. a. Cholangitis bei Choledocholithiasis veranlasst. Laborchemisch waren die

Entzündungsparameter passend erhöht, bei schlechten Sichtverhältnissen war die Abdomensonographie wenig aussagekräftig. Bei passender Klinik und Vordiagnose erfolgte am 12.09.2019 eine ERCP, da bestätigte sich die Choledocholithiasis. Periinterventionell erfolgte komplikationslos die Entfernung eines Steines aus dem Gallengang mittels Dormiakorb. Bei Fieber und erhöhten Entzündungswerten passend zur einer Cholangitis wurde eine Antibiose mit Ceftriaxon eingeleitet, diese sollte für mindestens 8 Tage durchgeführt werden.

Am folgenden Tag zeigte sich in den Laborkontrollen ein Rückgang der Cholestaseparameter. Es zeigte sich kein Hinweis auf eine postinterventionelle Pankreatitis.

Nach häuslichem Sturz erfolgte eine Bildgebung (cCT, CT-HWS) womit eine ICB und akute Verletzung ausgeschlossen werden konnte. Am 10.09. erfolgte eine Vorstellung bei den unfallchirurgischen Kollegen, es bestand derenseits kein akuten Behandlungsbedarf. Eine konservative Therapie mit analgetischer Therapie wurde eingeleitet, eine KG und Physiotherapie wurde begonnen.

Nach Rücksprache mit den betreuenden Kollegen in Marktheidenfeld vereinbarten wir die Verlegung in die Akutgeriatrie.

Wir bedanken uns für die Übernahme und verbleiben bei Fragen unter der Telefonnummer 093525051460 jederzeit telefonisch erreichbar... Die stationäre Aufnahme von Frau Fxn erfolgte mit akuter Pankreatitis. In der Abdomen-Sonographie zeigten sich die hepatischen Gallenwege erweitert. Endosonographisch zeigte sich eine Choledocholithiasis. In der ERCP vom 06.04.2018 führten wir eine Erweiterungspapillotomie des Gallengangsphinkters und eine Steinentfernung durch. Die Cholestaseparameter waren im Verlauf deutlich rückläufig, die Entzündungswerte gingen ebenfalls zurück. Die Patientin war schmerzfrei.

Neben der gastroenterologischen Behandlung fiel die Patientin immer wieder durch Blutdruckentgleisungen auf. Die Patientin war deshalb auch schon in stationärer Behandlung in domo. Trotz der Kombination aus Ebrantil, Belnif, Lisinopril und Torasemid konnte der Blutdruck auf minimale Werte um 170/110 mmHg gesenkt werden. Die Patientin habe schon seit langem einen hohen Blutdruck und zu Hause niedrigere bzw. stabilere Werte. Wir sehen die aktuelle Blutdrucksituation auch teilweise dem Stress im Rahmen des stationären Aufenthalts geschuldet. Die Marcumar-Therapie wurde am 09.04.2018 wieder begonnen. Bei einem Quick-Wert von 98% empfehlen wir die Fortführung der Vollantikoagulation mit Clexane überlappend mit Marcumar. Die weitere Einstellung sollte durch den Hausarzt erfolgen.

Herr xl wurde initial neurologisch aufgrund eines cerebralen Krampfanfalls vorstellig. Am Tag der Vorstellung sei ihm übel gewesen und er habe erbrochen. Plötzlich habe er die Arme hoch gehoben und die Augen habe er für 30 Sekunden gedreht. Er habe nicht auf Ansprache reagiert. Beim Eintreffen des Rettungsdienstes hatte der Pat auch auf Schmerzreiz nicht reagiert. Laut der Ehefrau habe der Patient heute den ganzen Tag Schluckauf gehabt.

Seit dem letzten Aufenthalt im Krankenhaus hat die Frau eine Wesensveränderung beim Herrn Kimmel bemerkt. Die internistische Übernahme erfolgte zur Abklärung der persistierenden Hyponatriämie. Herr Kixl befand sich im April 2021 in stationärer Behandlung aufgrund einer vermutlich medikamentös bedingten SIADH bedingt durch die Einnahme von Hydrochlorothiazid und Mirtazapin. Trotz Absetzens der zwei Medikamente blieb eine mittel- bis schwere Hyponatriämie nachweisbar... Am 19.06.2021 erfolgte die stationäre Aufnahme des 66-jährigen Herrn Kimmel mit der Zustimmung der Ehefrau auf die Stroke Unit wegen einer plötzlich aufgetretenen Bewusstlosigkeit zur weiteren Überwachung. Laborchemisch fiel eine schwere hypovoläme hypotone Hyponatriämie, welche trotz des Absetzen beschuldigte Medikamente (HCT, Mirtazapin) persistierte. Die Hyponatriämie wurde substituiert und unter 6-stündlicher Kontrolle überwacht. Am 20.06.2021 wurde Herr Kimmel zyanotisch und bewusstlos aufgefunden. Initial war der Patient pulslos. Das Reha-Team wurde wegen drohender Reanimation hinzugezogen. Der Patient wies schließlich nach kurzer Zeit wieder einen Herzkreislauf auf, erlangte allmählich wieder das Bewusstsein, war postiktal mit Desorientiertheit und psychomotorischer Unruhe. Ein CCT mit CTA wurde veranlasst, es zeigte sich kein Gefäßverschluss, keine Raumforderung, keine intrakranielle Blutung, keine Ischämie und kein Liquoraufstau. Der Patient wurde auf die Intensivstation zur Überwachung verlegt und internistisch übernommen.

Herr Kixl entwickelte ein delirantes Syndrom mit akuter Verwirrtheit und Desorientierung; die Fortführung der Therapie war nur unter Fixierungsmaßnahmen möglich. Es zeigte sich bei einem normwertigen Natrium deutlicher Verbesserung der Vigilanz und des Bewusstseins.

Auf Wunsch des Patienten wurde die stationäre Behandlung frühzeitig beendet. Der Genese der Hyponatriämie blieb leider ungeklärt. Die geplante ursächliche Diagnostik wurden von seitens des Patienten jedoch abgelehnt. Die Konsequenzen sowie die Risiken, die stationäre Behandlung abubrechen, wurden in einem Entlassungsgespräch ein

Herr Rxxvs stellte sich elektiv zur endosonografischen Kontrolle als Folge einer akuten äthyltoxischen Pankreatitis vor. Im April diesen Jahres war Herrx aufgrund einer akuten äthyltoxischen Pankreatitis behandelt worden. In diesem Aufenthalt war endosonografisch eine beginnende Walled-off-Nekrose festgestellt worden. Nun stellte sich der Patient zur erneuten endosonografischen Kontrolle zum Ausschluß einer Pankreas-Nekrose vor. Aktuell gab er keine Beschwerden. Die Nahrungsaufnahme wurde gut vertragen. Herr Rjabikovs habe keinen Alkohol mehr konsumiert. Die stationäre Aufnahme von Herrn Rxxxxs erfolgte wegen einer akuten Pankreatitis äthyltoxischer Genese.

Laborchemisch zeigte sich passend zum Verdacht der Diagnose ein starker Anstieg der Lipasewerte und eine leichte Leukozytose. Sonographisch sahen wir keine pathologischen Strukturen. Es erfolgte die symptomatische Therapie mit Flüssigkeitssubstitution sowie Schmerztherapie. Darunter kam es immer wieder zu massiven Beschwerden, die Entzündungsparameter stiegen im Verlauf an. Ergänzend wurde ein CT-Abdomen zum Ausschluss einer Pankreasnekrose veranlasst. Hier zeigte sich das Bild einer ödematösen Pankreatitis mit sich präformierenden Flüssigkeitsportionen im Bereich der großen Magenkurvatur in der Bursa omentalis. Am nächsten Tag wurde eine Endosonographie durchgeführt, die die Exsudate bestätigte und eine bereits organisierte Walled-off-Nekrose ausschloss.

Die klinische Symptomatik des Patienten verbesserte sich deutlich im Verlauf und die Entzündungsparameter zeigten sich rückläufig. Es bestand eine gute Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Wir empfehlen nun eine neue Vorstellung zur Kontrolle zur Endosonographie zum Ausschluss einer Walled-off pancreatic necrosis. Ein Termin wurde für den 23.06.2021 um 7:30 Uhr vereinbart (Patient wurde bereits aufgeklärt). Die Vorlage eines max. 48 h alten, negativen PCR-Tests auf SARS-CoV-2 mit anschließender Einhaltung einer häuslichen Quarantäne bis zum Aufnahmetermin ist leider für die Aufnahme unabdingbar.

Während des Aufenthaltes wurde unabhängig von den Schmerzen hohe Blutdruckwerten gemessen. Wir leiteten eine antihypertensive Therapie mit Ramipril und Lercanidipin ein. Diese Therapie sollte beim Hausarzt kontrolliert und ggf. umgestellt werden. Wir empfehlen regelmäßige Kontrollen und konsequente Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren im Verlauf sowie um eine Reduktion des Alkoholkonsums.

Herr .er wurde vom Hausarzt aufgrund einer fraglichen Synkope eingewiesen. Heute Morgen seien ihm plötzlich in der Wohnung die Beine weggeknickt, er könne sich aber an alles erinnern. Er habe keine Kraft mehr in den Beinen gehabt. Luftnot oder Angina pectoris wurden verneint. Am Boden habe er sich die Arme verletzt, die oberflächlichen Wunden seien vom Hausarzt versorgt worden, er könne alles normal bewegen. Bisher habe er so etwas noch nie gehabt....Die stationäre Aufnahme von Herrn Köhler erfolgte nach häuslichen Kollaps und allgemeinen Schwächezustand. Laborchemisch fiel eine leichte Hyperkaliämie sowie Hyponatriämie auf. Diese führten wir auf eine Exsikkose im Rahmen der hohen Außentemperaturen und auf eine Medikation mit einem Sartan zurück. In der Sonografie des Abdomens konnte ein Volumenmangel bestätigt werden. Wir pausierten Valsartan. Zusätzlich erhielt Herr Köhler parenteral Flüssigkeit, dadurch konnte der Natrium-Wert langsam gesteigert werden. Nach Anstieg des Natriumwertes besserten sich die Beschwerden von Herrn Köhler deutlich. Wir empfehlen eine ausreichende Trinkmenge und empfehlen regelmäßige Natriumkontrollen im Verlauf. Valsartan ließen wir zunächst pausiert. Aufgrund des Sturzes in der Anamnese führten wir eine kardiologische Diagnostik durch, diese ergab aktuell keinen Hinweis für eine relevante kardiologische Grunderkrankung.....Wir nahmen Herrn K.r bei Exsikkose und Sturzgeschehen stationär auf. Laborchemisch wurden auffällig erhöhte Kaliumwerte und verminderte Natriumwerte gemessen, daher pausierten wir die Medikation mit Spironolacton.

Zum Ausschluss einer Fraktur zogen wir die Unfallchirurgen konsiliarisch hinzu. In einem Röntgen der LWS konnte eine frische Fraktur ausgeschlossen werden. Wir gehen daher von einer LWS-Prellung und Flankenprellung links aus. In einer Sonographie des Abdomens konnte ein Hämatom der linken Flanke dargestellt werden sowie die bekannte Cholezystolithiasis. Ansonsten ergab sich ein altersentsprechender Befund.

In einer Echokardiographie konnten wir eine gute systolische Herzfunktion ohne regionale Kinetikstörungen oder auffällige Klappenvitien dargestellt werden.

In Zusammenschau der Befunde ergab sich für uns keine Indikation für Spironolacton, daher setzten wir es ab. Zur Blutdruckregulation erhöhten wir die abendliche Dosis von Carvedilol.

Die Patientin wurde durch den Hausarzt wegen einer symptomatischen Aortenklappenstenose eingewiesen. Die Aortenklappenstenose sei vor 4 Jahren aufgefallen, als die Patientin wegen Armschwäche und einer Claudicatio symptomatik im Rahmen einer hochgradigen Stenose der A. subclavia links vorstellig wurde. Seit einem Jahr habe sie zunehmende Belastungsdyspnoe. Sie gab an, unter Belastung brennende retrosternale Schmerzen mit Ausstrahlung in den Hals zu haben. Schwindelattacke hätte sie bis vor einem Jahr gehabt, aber aktuell nicht mehr. In einer echokardiographischen Kontrolle sei eine Progredienz der Aortenklappenstenose im letzten Jahr aufgefallen... Wir nahmen Frau B. bei oben beschriebener Symptomatik zur weiterführenden Evaluation der bekannten Aortenklappenstenose stationär auf.

Die Herzkatheter Untersuchung vom 21.06.2021 zeigte eine diffuse Koronarsklerose ohne hämodynamisch relevante Stenosen. In der transösophagealen Echokardiographie bestätigte sich die hochgradige Aortenklappenstenose, zusätzlich sah man eine mittelgradige Mitralklappeninsuffizienz.

Der Fall wurde in unserer interdisziplinären Kardiokonferenz besprochen. Aufgrund der Befunde und der deutlichen Symptomatik der Patientin wurde die Indikation zum operativen Klappenersatz gestellt.

Wir leiteten die entsprechende präoperative Diagnostik ein. Diese erbrachte keine neuen pathologischen Befunde.

Es wurde ein Termin zur Aufnahme in der Uniklinik Würzburg für den 02.07.2021 vereinbart. Zuvor muss sich Frau B. bei ihrem Zahnarzt vorstellen, um mögliche Infektherde zu detektieren und evtl. zu sanieren.

Am 24.06.2021 konnten wir Frau Bo. in stabilem Allgemeinzustand nach Hause entlassen.

Entlassgewicht: 91 kg

Herr Se. h wurde uns am 14.06.2021 mit Einweisung des Hausarztes vorgestellt. Bei dem Patienten ist eine koronare Herzerkrankung bekannt, seit ca. 2 Wochen habe er zunehmend Schmerzen im Brustbereich sowie Belastungsdyspnoe. Er sei heute aufgrund dieser Beschwerden zum Hausarzt gegangen. Der Troponin-Schnelltest dort war negativ. Da der Hausarzt im angefertigten EKG Auffälligkeiten sah, bekam der Patient 500 mg Aspirin sowie 5000 I.E. Heparin gespritzt und wurde zu uns geschickt. Die Beschwerden seien in Ruhe weniger ausgeprägt. Der Patient gab an, regelmäßig zur ambulanten Kontrolle bei einem Kardiologen zu sein. Das letzte Mal war er vor ca. 8-10 Wochen dort, damals seien keine Auffälligkeiten gewesen. Stuhlgang sei unauffällig. Der Patient gab an, Probleme beim Wasserlassen zu haben, er sei diesbezüglich in urologischer Behandlung. Bei V. a. Progress der koronaren Herzerkrankung wurde Herr .h stationär aufgenommen. Eine akute Myokardischämie konnte laborchemisch und elektrokardiographisch ausgeschlossen werden. Die Koronarangiographie zeigte das bekannte Bild der koronaren 3 Gefäßerkrankung mit hochgradiger Stenose medial sowie proximal des RCA mit subtotalem Verschluss. Es erfolgte die Rekanalisation der RCA mittels PTCA und direkter Stentimplantation mit gutem Ergebnis. Es kam post interventionell während der Überwachung zu nicht-anhaltenden ventrikulären Tachykardien, welche mit einmaliger intravenöser Gabe von Amiodaron terminiert werden konnte. Im Langzeit EKG zeigte sich kurze asymptomatische nicht-anhaltende ventrikuläre Tachykardien.

Wir begannen eine kombinierte Thrombozytenaggregationshemmung mit Lixiana und Clopidogrel für mindestens 6 Monate gefolgt von einer dauerhaften Monotherapie mit Lixiana.

Bereits bei der Aufnahme hatte der Patient Fieber ohne Erhöhung der Entzündungsparameter. Nach Asservierung von Blutkulturen begannen .. Zudem initiierten wir eine bedarfsgerechte analgetische Therapie sowie Flüssigkeitszufuhr. Im Blutkultur war keine Keime nachzuweisen. Ein Verdacht auf eine Hantavirus-Infektion bei Thrombopenie, Fieber und steigenden Nierenwerten sowie Kontakt zu Mäusekot ließ sich serologisch nicht bestätigen. Erfreulicherweise war das Fieber spontan rückläufig sodass wir von einem viralen Infekt ausgingen.

Die Punktionsstelle im Bereich der A. radialis links war im Verlauf unauffällig. Wir vereinbarten einen Termin zur elektiven Stentversorgung des Rm1 und Rd1 für den 04.08.2021, um 08 Uhr. Am 21.06.2021 konnten wir Herrn Sendelbach in stabilem Allgemeinzustand wieder nach Hause entlassen.

Herr .r wurde uns über eine hausärztliche Einweisung aufgrund thorakaler Beschwerden eingewiesen. Er berichtet von seit circa 2 bis 3 Wochen, rezidivierender, belastungsabhängiger thorakaler Schmerzen ohne deutliche Dyspnoe. Die Beschwerden beschreibe er als komisches Gefühl im Brustbereich mit dem Gefühl, dass ein oder zwei Herzschläge fehlen. Gezielte Fragen nach pektanginösen Beschwerden wurden verneint. Herr Becker habe keine vorbekannten Erkrankungen, nehme keine Dauermedikation. Aktuell ist er in der Notaufnahme beschwerdefrei... Die stationäre Aufnahme von Herrn B.r erfolgte bei dem Verdacht auf eine koronare Herzerkrankung. Laborchemisch zeigten sich keine wegweisenden Befunde. Echokardiographisch sahen wir eine normale linksventrikuläre systolische Funktion ohne dem Nachweis von Wandbewegungsstörungen. Bei Hinweisen auf eine Myokardischämie in der Ergometrie stellten wir die Indikation für eine invasive Diagnostik.

In der Koronarangiografie zeigte sich eine koronare 3-Gefäßerkrankung, es erfolgte eine Stentimplantation in den proximalen RIVA. Wir begannen eine duale Thrombozytenaggregationshemmung mit ASS und Clopidogrel. Diese sollte für 6 Monate fortgeführt werden, anschließend sollte ASS lebenslang weitergegeben werden. Wir setzten Atorvastatin neu an. Ein ACE-Hemmer wurde vorerst nicht angesetzt bei niedrigen Blutdruckwerten, dies bitten wir im Verlauf bei stabilen Blutdruckwerten nachzuholen. Des Weiteren sollte eine FFR-Messung des RCA in ca. 6 Wochen erfolgen. Aus organisatorischen Gründen war eine Terminvergabe zum Entlasszeitpunkt nicht möglich. Wir werden uns telefonisch bei dem Patienten melden und ein Termin mitteilen.

Pneumogene neutropene Sepsis

- bei progredienten pneumonischen Infiltrationen bds., betont in den Oberlappen bds.
- in der persistierenden Neutropenie 4° CTCAE bei bek. MDS-EB2
- intermittierende Gabe von Filgrastim, hierunter Anstieg auf max. ANC von 600/ μ l
- antiinfektive Therapie:
- Piperacillin/Tazobactam vom 29.01. - 30.01.2024
- Meropenem vom 30.01. - 13.2.24
- Isavuconazol ab 2.2.24 (bei Progredienz unter Voriconazol)

akuter Thrombozytenabfall auf Thrombopenie 3° CTCAE

- unter NMH positiver HIT-Schnelltest, HIPA-Bestätigungstest negativ
- Umstellung auf Fondaparinux
- DD im Rahmen der Grunderkrankung

Anämie 4° CTCAE

- Hb 4,6g/dl bei Aufnahme
- Transfusion von bedarfsgerecht 3 Erythrozytenkonzentraten

stabile, positive EBV-PCR mit niedriger Replikation

chronische Wunden parastomal

klinisch V.a. MAS-like-Sepsis

- mit akuter Vigilanzminderung und zunehmender Zytopenie

- bei Hyperferritinämie von 9456ng/ml und erhöhtem sIL2R von 3062U/ml
- Dexamethason ab 1.2.24, hierunter klinische Besserung

Therapiezielentscheidung:

bei anhaltendem ECOG 4 und rezidivierenden Infektkomplikationen in der Neutropenie 4°

Entscheidung zur besten supportiven Therapie

- Verlegung ins Hospiz am 13.2.24

Frau Müller stellt sich über die Notaufnahme auf unserer onkologischen Station vor mit AZ-Verschlechterung, Durchfällen und Erbrechen bei bekanntem MDS.

Laborchemisch fiel ein Hb von 5,9 auf, zudem wurde eine Hypokalämie festgestellt und 40 KCL verabreicht. Im Vergleich zum letzten Aufenthalt bestand eine deutliche Abschwächung der Nierenfunktion.

Bei Verschlechterung des Allgemeinzustandes wurde bei bekanntem MDS Syndrom eine Staging CT Untersuchung durchgeführt, welche u.a. pneumonische Infiltrate zeigte. Wir behandelten mit Piperacillin/ Tazobactam und Azithromycin

Das Abdomen war bei der Untersuchung diffus schmerzhaft. Die Schmerzmedikation wurde angepasst. Die Stoma Anlage wurde konsiliarisch versorgt. Eine Wundabstrich wurde durchgeführt mit Nachweis von E-Coli und Enterococcus faecalis.

Der stationäre Aufenthalt gestaltete sich wechselhaft. Die Patientin war meistens Somnolenz, hatte kaum Appetit mit deutlich verminderter Nahrungs- und Trinkaufnahme.

Eine parenterale Kost wurde eingeleitet.

Die Entzündungswerte waren im Verlauf ansteigend, bei rezidivierenden Pneumonie mit positivem PCT kam eine Bronchoskopie in Frage. Nach Rücksprache mit den pulmonologischen Kollegen wurde aktuell darauf verzichtet. Die antimikrobielle Therapie wurde auf Meropenem und Isavuconazol umgestellt. Eine Magensonde wurde für wenige Tage angesetzt.

Laborchemisch imponierte eine Panzytopenie. Die Patientin erhielt mehrere Erythrozytenkonzentrate. Eine Therapie mit Filgrastim wurde durchgeführt. Bei abfallenden Thrombozyten wurde, bei Verdacht auf HIT Syndrom, Arixtra angesetzt. Der HIT Schnelltest fiel jedoch negativ aus.

Trotz ausgedehnter internistischen Maßnahmen verbesserte sich der Allgemeinzustand der Patientin nur mäßig. Nach Rücksprache mit ihr und mit ihren Angehörigen wurde sich für eine palliative Therapie entschieden. Mit Hilfe des Entlass-Managements wurde ein Hospiz-Platz für die Patientin organisiert.

Am heutigen Tag entlassen wir die Patientin in chronisch reduziertem Allgemeinzustand ins Hospiz Via Luce in Villingen-Schwenningen

aktuell: Inflammatorisches Erkrankungsbild

- DD bei lymphombedingter Hyperinflammation
- CT-Staging: Mixed Response
- rasche Besserung unter Prednisolon-Stoßtherapie vom 2.2. - 6.2.24
- 2. Zyklus mini-CEOP ab 6.2.24
(Vincristin 1mg abs. d1, Etoposid 25mg/m² d1-3, Cyclophosphamid 375mg/m² d1)
- Pegfilgrastim am 10.2.24
- DD bei relevanter EBV-Reaktivierung
- 56000IU/ml
- Rituximab 375mg/m² am 09.02.24

Die stationäre Aufnahme erfolgte über die zentrale Notaufnahme bei Verdacht auf Pneumonie bei erhöhten Entzündungswerte sowie Fieber bei bekanntem angioimmunoblastischem T-Zell-Lymphom. Eine intravenöse antibiotische Therapie mit Ampicillin/Sulbactam wurde nach Entnahme von Blutkulturen eingeleitet. Bei seit langem bestehender Krepitationen rechts basal und respiratorischer Stabilität wurde eine Inflammation im Rahmen der Lymphomerkrankung differentialdiagnostisch erwogen und eine Prednisolon-Stoßtherapie eingeleitet mit hierunter raschem Entfiebern und Regredienz der Entzündungsparameter. Ferner erfolgte ein CT von Hals

bis Becken mit hier Nachweis eines gemischten Ansprechens. Bei angestrebten engen Therapieintervallen wurde die Chemotherapie mit miniCEOP nach ausschluss von Kontraindikationen ab dem 6.2.24 fortgesetzt. Am 10.02.24 erfolgte die Gabe von Pegfilgrastim zur Prophylaxe einer febrilen Neutropenie.

Ferner fand sich in der weiteren Diagnostik eine relevante EBV-Reaktivierung als weitere mögliche Ursache der Entzündungskonstellation, des Fiebers sowie des gemischten CT-graphischen Ansprechens. Nach entsprechender Aufklärung wurde eine Therapie mit Rituximab am 09.02.24 durchgeführt und ohne Zeichen von Akuttoxizität gut vertragen. Weitere Kontrollen der EBV-Viruslast sind empfohlen.

In klinisch stabilem Allgemeinzustand entlassen wir Herrn Rumpf am 10.02.2024 in Ihre geschätzte weitere ärztliche Betreuung.

Epilepsie neuro

Herr Ank wurde bei Z.n. Krampfanfall notärztlich eingewiesen. Lt notärztlicher Übergabe habe der Patient zuhause beobachtet tonisch-klonisch generalisiert gekrampft. Der Anfall sei selbstlimitierend gewesen. Anschließend sei der Patient postiktal desorientiert und agitiert gewesen. Eingenässt, lateraler Zungenbiss rechts. Daher wurden 10 mg Midazolam intranasal und 2 mg iv verabreicht. Bei dem Patienten seien cerebrale Metastasen bekannt beim Nichtkleinzelligem Lungenkarzinom. Eine Hirnmetastase rechts temporal wurde August 2023 entfernt worden. Der Patient hat Keppra in der Vormedikation. Lt NCH Entlassbrief Keppra prophylaktisch begonnen. Nach dem Telefonat mit der Ehefrau war es zu erfahren, dass der Patient bis jetzt noch keinen Krampfanfall erlitten habe. Der Patient ist schon seit gestern wesensverändert.

Klinisch neurologisch zeigte sich ein desorientierter, aphasischer, apraktischer Patient ohne hochgradige Paresen, soweit beurteilbar bei Sprachbarriere.

Im CCT zeigten sich mehrere metastasensuspikte Läsionen. Des Weiteren fiel eine neu zur Voruntersuchung aufgetretene, fokale, frische, rundliche Hypodensität rechts insulär (unmittelbar im Bereich der vorbekannten Metastasenresektion) DD frischere eingeblutete Metastase DD fokale frische atypische ICB. Kein relevantes perifokales Ödem. Ein NCH Konsil wurde zur Mitbeurteilung gestellt. Aktuell besteht keine akute operative Notwendigkeit

Wach, Zur Person desorientiert, sonst desorientiert; Kein Meningismus. HWS frei beweglich. Visus regelrecht. Pupillen rund, isocor, licht- und konvergenzreagibel. Okulomotorik unauffällig, kein Spontan- oder Provokationsnystagmus. Gesichtsfeld fingerperimetrisch nicht eingeschränkt. Keine Störung der mimischen und sensiblen Gesichtsinervation, kaudaler Hirnnervenstatus unauffällig. Leichte Aphasie, keine Dysarthrie, soweit beurteilbar bei Sprachbarriere, Apraxie. Keine Tonusanomalien. Keine latente oder manifeste Parese/ AHV seitengleich ohne Pronation oder Absinken, Faustschluss seitengleich vollkräftig; BHV seitengleich ohne Absinken. Muskeleigenreflexe seitengleich mittellebhaft. Babinski positiv bds. Normästhesie, Koordination im Finger-Nase-Versuch regelrecht. Untersuchung im Liegen

Lungenkarzinom

Nichtkleinzelliges Lungenkarzinom, ED 12/23

Histologie: TTF1-positives Adenokarzinom der Lunge, PDL1 TPS 80%

Genetik: KRAS G12C-Mutation

Manifestationen: linker OL, LK mediastinal links

Stadium: pT4 pN2(1/17) L0 V0 Pn0 G2 R0 / Stadium IIIB

AZ: ECOG 2

Verl.-Parameter: CT T/A/B

Therapie & Verlauf:

26.10.23 sonographisch gesteuerte Stanzbiopsie mit ED

21.11.23 Thorakotomie links, Unterlappenresektion en-Block mit Lingula, systematische Lymphadenektomie

aktuell: PiccLine Implantation am 11.01.24

Zyklus 1 Tag 1 Cisplatin 50mg/m² / Vinorelbin 25mg/m² am 12.01.24

Plan: ambulante Therapiefortsetzung
bei Langzeit-Remission der Psoriasis im Anschluss an adjuvante Chemotherapie Atezolizumab analog IMpower 010

Die stationäre Aufnahme erfolgt elektiv zur Therapieevaluation einer adjuvanten Chemotherapie bei Adeno-NSCLC im Stadium IIIB nach vorangehender Unterlappenresektion en-Block mit Lingula und systematischer Lymphadenektomie im November 2023. Nach Ausschluss von Kontraindikationen sowie komplikationsloser PiccLine-Implantation wurde am 12.01.24 Zyklus 1 Tag 1 der adjuvanten Chemotherapie mit Cisplatin und Vinorelbin verabreicht und wurde ohne Zeichen von Akuttoxizität vertragen. Die weitere Therapie ist stationäre in der Onkologie des Hauses geplant, ein Termin wurde für 19.01.2024 vereinbart. Zusätzlich eine Sprechstunde am 24.01.24 um 12.00h eingetragen. Bei Malnutrition erfolgte eine Ernährungsberatung, eine empfohlene hochkalorische Trinknahrung wird aktuell durch den Patienten nicht gewünscht. In klinisch stabilem Allgemeinzustand entlassen wir Herrn Iwanow am 13.01.2024 in Ihre geschätzte weitere ärztliche Betreuung.

Bei therapie- und/ oder erkrankungsbedingten Komplikationen wie Fieber > 38,0°C oder anderen klinischen Zeichen einer Infektion in der Neutropenie, Blutungszeichen sowie transfusionspflichtigen BB-Veränderungen bitten wir um rasche Wiedervorstellung in unserer Klinik.

Wir bitten um wöchentliche laborchemische Kontrollen der Elektrolyte, Retentions- und Leberparameter, sowie des CRP und des Blutbildes.

Wir bitten, die Laborwerte dem Patienten in Kopie zur Vorlage in der Klinik beim nächsten Chemotherapiezyklus mitzugeben. Bei spezifisch hämato-onkologischen Rückfragen bitten wir um telefonische Kontaktierung des behandelnden Arztes oder Dienstarztes der Hämatologie-Onkologie über die Pforte

Cholestaseparametererhöhung und V.a. innere Blutung notfallmäßig aus der Rehaklinik vor.

Unter Volumengabe mit supportiv diuretischer Therapie besserten sich die Nierenwerte rasch und kontinuierlich auf die anhand der Vorbefunde beschriebene Baseline.

Die sonographische Untersuchung des Abdomens konnte die ebenfalls vorbeschriebene a.e. zystische Raumforderung im Bereich des Pankreasschwanzes bestätigen, darüber hinaus jedoch keinen Anhalt für eine bestehende Cholestase liefern. Eine ausführliche Abklärung lehnte die Patientin im weiteren ab bei konstanter Laborchemie und fehlender Klinik, ggf. kann eine Re-Evaluation im ambulanten Verlauf erfolgen.

Bis auf ein Bauchdeckenhämatom konnten wir keinerlei Zeichen einer inneren Blutung finden, der Hb blieb im stationären Verlauf stabil.

Wir entlassen Frau Benning in gutem Allgemeinzustand in Ihre geschätzte Weiterbehandlung.

Empfehlungen:

- adäquate Hydrierung der Patientin von 1,5l tgl.
- laborchemische Kontrolle Leber- und Nierenwerte inkl. Elektrolyte
- kritische Diskussion der künftigen Medikation, insb. der oralen Antikoagulation bei chron. Niereninsuffizienz und hoher Sturzneigung
- aktuell keine weitere Abklärung der konstanten Leberwerterhöhung vonseiten der Patientin bei fehlender Klinik gewünscht, ggf. Re-Evaluation im ambulanten Verlauf
- Vervollständigung des saisonalen Impfstatus gemäß Empfehlungen der STIKO

- Klärung der mittelfristigen (häuslichen?) Versorgung bei wiederholten Sturzereignissen in Rücksprache mit dem sozialen Umfeld

Herr Leins stellte sich über unsere Notaufnahme vor bei V.a. obere GI-Blutung mit Hb-Abfall und Teerstuhl unter oraler Antikoagulation mit Rivaroxaban sowie begleitender akuter Verschlechterung der bekannten chronischen Niereninsuffizienz, eine postrenale Genese konnte ausgeschlossen werden. Wir transfundierten ein Erythrozytenkonzentrat und zur Stabilisierung des Patienten. In der Ösophagogastroduodenoskopie konnte eine diffuse Sickerblutung sowie eine malignitätsverdächtige Veränderung der Magenwand nachgewiesen werden, welche sich im Zuge der feingeweblichen Untersuchung als hochmalignes Diffus-großzelliges B-Zell-Lymphom darstellte. Im CT-Staging zeigte sich eine ausgeprägte mesenteriale und retroperitoneale Lymphadenopathie, die als Manifestation des Lymphoms zu sehen ist. Leitliniengerecht begannen wir eine H.p.-Eradikationstherapie nach französischem Schema.

Wir stellten den Fall in unserer Tumorkonferenz vor, die Empfehlung lautete Beginn einer Systemtherapie nach R-miniCHP mit regelmäßiger Therapiezielreevaluation vor jedem Zyklus. Vor Therapiebeginn erfolgte die Anlage eines PICC, eine infektiologische Abklärung hinsichtlich chronischer Hepatitiden und lymphotroper Herpesviren sowie eine kardiologische Abklärung mittels EKG und transthorakaler Echokardiographie.

Die Knochenmarkspunktion ergab zytologisch keinen Nachweis einer lymphomtypischen Infiltration des Knochenmarkes. Hinsichtlich einer bestehenden trockenen Nekrose am linken Fuß bei diabetischen Spätsyndrom empfahlen die Kollegen der Gefäßchirurgie Der 1. Therapiezyklus wurde vom Patienten gut vertragen, wir ergänzten eine peg-Filgrastim-Gabe bei erhöhtem Risiko eines Infekts in der neutropenen Phase, der Patient und sein betreuender Bruder wurden über das Vorgehen bei Fieber/Schüttelfrost aufgeklärt.

Bei wiederholten Hb-Abfällen und fehlender Möglichkeit zur endoskopischen Blutstillungen transfundierten wir Erythrozytenkonzentrate und behandelten antifibrinolytisch.

Im Zuge des stationären Verlauf entwickelte Herr Leins eine Infektkonstellation, welche wir a.e. als Aspirationspneumonie werteten und empirisch mit Piperacillin/Tazobactam behandelten.

Hinsichtlich der weiteren Versorgung involvierten wir unser Entlassmanagement.

Wir entlassen Herrn Leins in stabilem Allgemeinzustand in Ihre geschätzte ambulante Weiterbehandlung.

Empfehlungen:

- sofortige Vorstellung über unsere Notaufnahme bei Fieber ab 38°C oder Schüttelfrost
- ambulante Wundkontrollen der trockenen Nekrose am linken Fuß und regelmäßige Verbandswechsel
- Ausschleichen Prednisolon mit Dosisreduktion alle 5d gemäß folgendem Schema: 70mg-50mg-30mg-15mg-7,5mg-5mg-2,5mg-ex.
- wöchentliche hausärztliche Blutbildkontrollen
- Reevaluation des Impfstatus gemäß STIKO-Empfehlungen

Palliative

Die Schmerztherapie wurde an die Schmerzsymptomatik angepasst und der 2. Zyklus der palliativen Chemotherapie mit Nal-Irinotecan/5 Fu wurde am 11.02.2024 fortgesetzt.

Zur weiteren spezialisierten palliativmedizinischen Behandlung erfolgte am 12.03. die Übernahme auf die Palliativstation. Aufgrund der noch bestehenden Schmerzen wurde die Schmerztherapie während des stat. Aufenthaltes nochmals angepasst bis eine für Herrn Bitzer akzeptable Schmerzkontrolle erreicht werden konnte. Nach der Chemotherapie entwickelte Herr Bitzer eine ausgeprägte Fatigue Symptomatik und war über ein paar Tage nur im Bett gewesen. Bei Anämie II° CTCAE erfolgte in seinem Einverständnis am 19.03.2024 die Transfusion von zwei Erythrozytenkonzentraten, worunter ein adäquater Hb Anstieg dokumentiert werden konnte und die Fatigue Symptomatik besserte sich. Unter aktivierender Pflege und regelmäßiger

Physiotherapie konnte eine Verbesserung der körperlichen Kraft und Mobilität erreicht werden, Herr Bitzer war zuletzt im dem Rollator auf der Stationsebene selbstständig mobil. Bei Inappetenz erfolgte während des stat. Aufenthaltes eine Ernährungsberatung, derzeit nimmt Herr Bitzer konsequent eine kalorische Trinknahrung zu sich. Herr Bitzer wurde über die Möglichkeit einer parenteralen Ernährungstherapie informiert, dies wünscht Herr Bitzer nicht.

Laborchemisch trat unter der Chemotherapie eine passagere Neutropenie III° CTCAE auf. Herr Bitzer ist einer weiteren Chemotherapie aufgeschlossen jedoch möchte er nicht nochmals eine solche AZ Minderung durch die Chemotherapie erleben. Wir haben mit ihm über die Möglichkeit der Dosisreduktion beim nächsten Zyklus gesprochen, was für ihn eine Option ist.

Diuretische TXT

Erhöhen der diuretischen Therapie mit Torem 10 mg auf 2x2 Tabletten (1-1-0)

- Ende nächste Woche Vorstellung beim Hausarzt zur Kontrolle der Nierenwerte und Elektrolyte
- Beschränken der Flüssigkeitszufuhr auf max. 1,5 Liter pro Tag, hierzu zählen sämtliche Flüssigkeiten (Wasser, Tee, Kaffee, Alkohol, Suppen, etc.), ggf. je nach Wetterlage Trinkmenge anpassen
- tägliche Gewichtskontrolle
- bei Gewichtszunahme, Dyspnoe, zunehmenden Ödemen, etc. unverzügliche ärztliche Vorstellung zur Evaluation der diuretischen Therapie
- Wiedervorstellung bei AZ Verschlechterung/ Zunahme der Beschwerden jederzeit

Die nächste stationäre Aufnahme wurde für den 25.04.2024 Chemotherapie vorgesehen

Bei therapie- und/ oder erkrankungsbedingten Komplikationen wie Fieber $> 38,0^{\circ}\text{C}$ oder anderen klinischen Zeichen einer Infektion in der Neutropenie, Blutungszeichen sowie transfusionspflichtigen BB-Veränderungen bitten wir um rasche Wiedervorstellung in unserer Klinik.

Wir bitten um wöchentliche laborchemische Kontrollen der Elektrolyte, Retentions- und Leberparameter, sowie des CRP und des Blutbildes.

Wir bitten, die Laborwerte dem Patienten in Kopie zur Vorlage in der Klinik beim nächsten Chemotherapiezyklus mitzugeben. Bei spezifisch hämato-onkologischen Rückfragen bitten wir um telefonische Kontaktierung des behandelnden Arztes oder Dienstarztes der Hämatologie-Onkologie über die Pforte (07721-93-1001)